

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 153

QUELQUES CAS

DE

Torticolis Mental

(Étude Clinique et Traitement)

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS JUGNET

Ancien Interne de l'Hospice Saint-Robert

Né à Bourg-de-Thizy, le 5 mars 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 153

QUELQUES CAS

DE

Torticolis Mental

(Étude Clinique et Traitement)

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS JUGNET

Ancien Interne de l'Hospice Saint-Robert

Né à Bourg-de-Thizy, le 5 mars 1876



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESSRUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée	MAYET.	
Médecine légale	TRIPPIER.	
Hygiène	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique	ARLOING.	
Pharmacologie	LACASSAGNE.	
	COURMONT (J.).	
	SOULIER	
	CROLAS.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, Dr ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. COURMONT (J.), Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. PIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Nous avons eu, à diverses reprises, au cours de nos études médicales, l'occasion d'observer des malades atteints de cette affection à laquelle le professeur Brissaud a donné le nom de torticolis mental.

Ce qui nous a encouragé à entreprendre cette étude sur un sujet dont la bibliographie est déjà longue et dont se sont occupés des auteurs plus autorisés, c'est que nous avons cru utile de contribuer, pour notre faible part, à modifier l'opinion qu'on se fait en général sur les tics.

On croit, en effet, suivant l'expression heureuse d'Henri Meige, que les tics sont des accidents sans grand intérêt médical, sans gravité pour ceux qui en sont atteints, et qu'ils sont rebelles à tout traitement.

En réalité, ce ne sont point là de ces affections graves qui peuvent compromettre rapidement la vie d'un malade, mais, ainsi qu'on le verra dans les observations que nous rapportons plus loin, ils peuvent rendre aux sujets qui en sont atteints l'existence intolérable, briser leur carrière, les empêcher de

gagner leur vie, en tous cas, être pour eux une cause de gêne et une source d'ennuis.

Nous avons été engagé à entreprendre cette étude par les considérations citées plus haut, et aussi par les résultats que nous avons vu obtenir dans le service de notre maître : M. le D^r Lannois, qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous aider de ses conseils. Ces résultats nous ont montré qu'il ne faut pas se désintéresser de cette affection qu'on ne doit pas considérer *a priori* comme incurable.

Les tics, en effet, et partant, le torticolis mental doivent être soignés, et sont susceptibles d'être améliorés et même guéris par un traitement approprié.

Ceci établi, nous voulons définir ce qu'on appelle le torticolis mental.

On en a donné des définitions bien diverses. Confondu d'abord avec les torticolis musculaires, connus aussi sous les noms d'hyperkinésie de l'accessoire de Willis, de trachélospasme, de tic rotatoire de la tête et du cou, de torticolis spasmodique, de spasme polygonal et de torticolis spasticus, le torticolis mental est parfois un syndrome commun à diverses névroses, telles que l'hystérie et la neurasthénie; parfois aussi il accompagne les psychoses: mais le plus souvent il constitue une entité morbide et s'observe chez les dégénérés. C'est un tic des muscles rotateurs de la tête et du cou, combinaison d'attitudes toniques et de secousses cloniques, qui apparaît chez des sujets dont la volonté est impuissante à maîtriser ce mouvement.

Suivant la définition du professeur Brissaud, le

tic consiste en un mouvement systématisé, reproduisant en l'exagérant un acte physiologique appliqué à un but fonctionnel. Il ne repose donc pas sur une lésion organique ; c'est un acte cérébro-cortical, une maladie psychique.

Il nous faudra donc considérer d'une part la manifestation motrice, et de l'autre, l'état mental spécial aux tiqueurs.

Après un historique succinct de la question, nous aborderons l'étude de la genèse des tics dont le torticolis mental ne constitue qu'une modalité ; nous chercherons à expliquer la production du phénomène, en recherchant les différentes causes étiologiques et en exposant les différentes théories pathogéniques qui ont cherché à expliquer le mécanisme de sa formation. Les recherches anatomo-pathologiques, si précieuses dans le domaine de la neuro-pathologie, font défaut sur ce sujet, et ne pourront nous apporter une confirmation de la nature de cette affection. Nous aborderons ensuite la description clinique du torticolis mental, et nous la ferons suivre des observations que nous publions, et qui, d'une part, sont inédites et recueillies par nous dans le service de notre maître, M. le Dr Lannois, de l'autre, ont été recueillies dans les auteurs qui nous ont précédé et la littérature médicale (1). Après avoir exposé le diagnostic et le pronostic de cette affection, nous arriverons enfin à l'étude du traitement du torticolis mental.

(1) Nous ne reproduisons toutefois que des observations qui n'ont pas été publiées dans les thèses précédentes.

M. le professeur Courmont a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous l'en remercions sincèrement.

M. le Dr Lannois nous a accueilli avec une bienveillance extrême ; il nous a inspiré le sujet de cette étude et nous a aidé de ses conseils ; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le Dr Et. Martin a bien voulu nous communiquer une observation que nous publions ici : il a droit à tous nos remerciements. Enfin, nous ne saurions oublier notre excellent ami, M. le docteur Côme Ferran, aide de clinique à la Faculté, qui, par ses conseils éclairés, a rendu notre tâche plus facile et plus agréable. Nous sommes heureux de lui exprimer ici toute notre sympathie.

Nous ne saurions terminer sans adresser un souvenir cordial à M. le Dr Bonnet, médecin en chef de l'hospice Saint-Robert, qui a su nous faire aimer l'étude des maladies mentales et nous faire trouver agréable notre stage dans son service hospitalier.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Ce n'est qu'au début de ce siècle que Delpech et Boyer définirent le torticolis. Plus tard, d'autres auteurs : Dieffenbach, Stromeyer, Guérin, Philippe, lui attribuèrent une origine variable, la plupart localisant cette affection dans le sterno-cléido-mastoïdien.

Malgaigne semble avoir bien précisé la question de siège. Depaul et Delare semblent vouloir attribuer à la contraction des muscles postérieurs du cou, une influence prépondérante, et admettre que tout torticolis commence par une contraction des muscles de la nuque.

Cependant une forme spéciale de torticolis appelé spasmodique ne tarda pas à se faire jour. Depaul rapporte un cas cité par Dieffenbach, où il s'agit d'un officier âgé de 35 ans, atteint depuis cinq mois de flexion intermittente de la tête : le sterno-mastoïdien gauche se contractant toutes les deux minutes

environ, et son spasme ayant chaque fois une durée de trente ou quarante secondes.

Stromeyer, en 1837, cite l'observation d'une malade chez laquelle le torticolis spasmodique débuta à la suite d'une frayeur, et était caractérisé par des contractions spasmodiques et douloureuses du sterno-mastoïdien et, plus tard, du trapèze.

Legouest, en 1861, présente une observation résumée plus tard dans la thèse de Couillard (1869). Il s'agit d'une malade chez laquelle la déviation de la tête apparaissait dans la marche et cessait dans le repos.

En 1886, Schwartz cite un cas de torticolis mental à forme tonico-clonique chez une femme de 26 ans, nerveuse et sans stigmates hystériques.

Féré, en 1883, publie une observation de crampe fonctionnelle du cou; en 1884, dans un article intitulé : « Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels », il étudie les causes du torticolis spasmodique.

Mais il nous faut arriver jusqu'en 1893, pour que cette affection soit nettement définie. C'est au professeur Brissaud que revient l'honneur d'avoir défini le torticolis mental, d'en avoir fait un tic : acte automatique, coordonné, d'origine corticale; d'avoir montré la nature mentale de cette affection, déterminé ses causes, et institué le traitement psychothérapique.

Bompaire reprenant les observations de M. Brissaud, définit, dans sa thèse inaugurale en 1894, les caractères morphologiques du torticolis mental.

En 1897, M. Grasset cite l'observation d'un spasme professionnel, le tic du colporteur ; il propose de substituer à la qualification de Brissaud, celle de tic polygonal, alléguant que ce tic est sous-cortical et psychique et non cortical et mental.

A cette époque, M. Brissaud s'élève contre le traitement chirurgical, que Kocher et de Quervain avaient voulu instituer contre le torticolis mental. Il montre que la rééducation des mouvements donne des résultats plus satisfaisants que les différentes interventions. Les travaux de Meige et Feindel jettent une clarté nouvelle sur cette question (1).

Montaigne, en 1900, résume les connaissances acquises jusqu'à ce jour sur le torticolis mental.

Babinski, en 1900 et 1901, présente deux malades atteints de torticolis mental, et s'appuyant sur la présence du phénomène des orteils dans un cas, et sur l'exagération du réflexe du triceps brachial dans l'autre, conclut que le torticolis mental est sous la dépendance d'une lésion irritative du système pyramidal.

Des observations sont publiées par Noguès et

(1) Notre travail était à l'impression lorsqu'a paru un volume de MM. H. MEIGE et E. FEINDEL, intitulé : *Les tics et leur traitement*, que nous regrettons vivement de n'avoir pu utiliser davantage. Les auteurs ont donné à cette question des tics en général (et du torticolis mental en particulier) toute l'ampleur qu'elle comporte ; ils avaient pour cela une incontestable compétence si l'on songe que, soit ensemble, soit en collaboration avec BRISSAUD, ils ont publié vingt trois mémoires sur le sujet de leur livre.

Sirol, Destarac, Séglas, Popoff qui donne au torticolis mental le nom de *torticolis spasticus*.

Au Congrès des médecins aliénistes et neuropathologistes, tenu à Limoges, en août 1901, le Dr Et. Martin montre les heureux effets de la méthode de Brissaud sur deux aliénés atteints de torticolis mental.

Meige montre la complexité de l'état mental du tiqueur. Les D^{rs} Lannois et Briand signalent des faits qui jettent un jour nouveau sur la genèse des tics, leurs rapports avec les névroses, en particulier la néurasthénie et avec l'aliénation mentale.

CHAPITRE II

Etiologie

Le torticolis mental est une affection relativement fréquente. Le professeur Brissaud déclarait, en 1897, en avoir réuni 19 cas ; depuis, un assez grand nombre d'observations ont été publiées.

L'âge n'est pas sans influence sur son développement : il affecte plus particulièrement les sujets jeunes ; ceux-ci sont, en effet, plus aptes à tiquer. Toutefois notre petite malade de l'observation III est une exception : elle n'avait que 11 ans. MM. Meige et Feindel citent comme le cas le plus précoce une malade de Raymond et Janet âgée de 14 ans. Le sexe est sans influence. La profession du sujet contribue aussi à favoriser son apparition. On sait en effet, qu'il y a des tics professionnels, tels que le tic du sac au dos, ou le tic du colporteur qui s'imagine soulever un fardeau sur ses épaules.

Le torticolis mental a-t-il des rapports avec les

névroses, avec l'hystérie en particulier? M. Voisin, dans la *Semaine Médicale* de 1893, cite un cas de torticolis spasmodique qui serait nettement tributaire de l'hystérie. M. Pitres, dans ses leçons sur l'hystérie, a publié des cas de torticolis mental nettement hystériques. Destarac, dans les observations qu'il communique à la Société de Neurologie, en 1901, et où il présente des malades atteints de torticolis mental coexistant avec la crampe des écrivains, un tic du pied et d'autres spasmes, admet qu'un grand nombre de ces mouvements convulsifs sont sous la dépendance de l'hystérie. Notre malade de l'observation II est nettement hystérique, malgré l'absence de stygmate, puisque chez elle le tic a été rapidement remplacé par une chorée hystérique. Notre choréique de l'observation III est également fortement entachée d'hystérie. A la vérité, dans la plupart des cas que nous rapportons, on ne trouve pas de stigmates et les deux affections sont indépendantes.

Le torticolis mental existe souvent chez des neurasthéniques, a dit M. Briand : il s'associe parfois aux psychoses (observations publiées par le Dr Et. Martin) : on le signale encore au début de la paralysie agitante (Féré) et de la paralysie générale (Brisaud).

Quelles sont les causes du torticolis mental? Chez l'homme sain, sans prédisposition héréditaire, le tic et, partant, le torticolis mental ne saurait s'implanter, car une volonté saine ne permettrait pas son éclosion. La condition primordiale du tic est donc cet état psychique spécial aux dégénérés, caractérisé

surtout par l'affaiblissement de la volonté, par l'aboulie. Nous pouvons donc, avec les auteurs qui nous ont précédé, accorder une part prépondérante dans la genèse des tics à la dégénérescence. C'est une condition indispensable, un terrain spécial nécessaire pour l'apparition du tic. On connaît les tares et les signes physiques ou psychiques qui caractérisent la dégénérescence héréditaire : cette accumulation plus ou moins considérable, suivant Legrain, d'affections cérébro-spinales susceptibles d'influencer la descendance. L'alcoolisme, la syphilis, l'arthritisme sous toutes ses formes, viennent encore contribuer à cet affaiblissement du terrain organique et créer cet état mental nouveau anormal du dégénéré. Nous aurons, au cours des observations que nous publions dans cette étude, l'occasion de retrouver à maintes reprises ces stigmates de la dégénérescence qui apparaît comme une condition nécessaire à l'éclosion du torticollis mental.

Si, dans la genèse du torticollis spasmodique, nous faisons à la dégénérescence une place prépondérante, il faut reconnaître que d'autres facteurs ont une action dans l'éclosion du tic. Ce sont des causes soit morales, soit physiques, assez variables suivant les sujets et dont nous allons rappeler un certain nombre d'exemples que nous avons retrouvés dans nos observations ou dans les auteurs qui nous ont précédés.

On sait combien les dégénérés se distinguent par leur impressionnabilité aux émotions morales. Cette impressionnabilité, dit Ch. Ferré, condi-

tion de l'instabilité mentale, est une des premières conséquences de l'hérédité morbide.

Il ne faut donc point nous étonner de retrouver parmi les causes du torticolis mental, les chocs moraux, les émotions, les chagrins, la peur, la douleur, et nombreux seront les cas où il nous sera facile de voir ces facteurs jouer un grand rôle. Le surmenage, la fatigue, toutes les causes déprimantes ont le même effet. Nous ne voulons point entrer ici dans le détail des observations que nous citerons plus loin ; nous rappellerons seulement, pour montrer l'influence de l'émotion, le cas de cet homme qui reprenait du torticolis mental chaque fois qu'il avait un chagrin ou une émotion violente ; et le cas de cet autre qui, en apprenant que son fils va subir une opération grave, contracte du torticolis mental.

Nous devons signaler également un facteur étiologique d'ordre général bien étudié par Meige et Feindel : l'imitation, importante surtout quand il s'agit de jeunes tiqueurs. On sait combien les jeunes enfants sont enclins à prendre de mauvaises habitudes, à singer des mouvements détectueux qui frappent leurs regards, sans qu'il soit même nécessaire que cet acte se répète souvent devant eux. Il suffit (H. Meige) d'un geste insolite exécuté par n'importe qui pour qu'ils aient envie de le reproduire. Ils y parviennent généralement, le refont avec complaisance le lendemain et les jours suivants. L'habitude en est bientôt prise, et si l'on n'y prend garde, ce mouvement primitivement voulu, adapté à son but devient un geste automatique, c'est un tic. Or, nous

verrons que le tiqueur a une mentalité infantile, que son état mental est en bien des points, semblable à celui des enfants. On comprendra ainsi le rôle de l'imitation dans la genèse des tics. Il nous a été donné personnellement d'en observer un cas très intéressant que nous relatons plus loin. C'est celui d'une jeune religieuse à laquelle il a suffi d'apercevoir une seule fois une de ses compagnes atteinte de torticolis mental pour devenir elle-même atteinte de cette affection.

En dehors des causes morales que nous avons exposées plus haut, lorsqu'on considère l'origine des accidents, on s'aperçoit que leur spontanéité n'est qu'apparente. En réalité, il y a toujours quelques faits réels, quelque insignifiants qu'ils paraissent, qui en marquent le début. Il est rare que les spasmes du cou se soient installés d'une façon insensible pour le malade, ne frappant que son entourage. En général, le malade localise dans une cause déterminée la genèse de son affection ; c'est tantôt un refroidissement, une douleur rhumatoïde, une irritation parfois assez éloignée de la région musculaire atteinte qui sont incriminés. C'est parfois un spasme fonctionnel du bras ou de l'épaule, ce sont aussi des douleurs de la nuque ; pour les combattre, le malade appuie sa tête sur son épaule en une attitude de défense, pour combattre son obsession topoalgique ; ce mouvement finit par devenir un besoin irrésistible et constitue un tic. D'autres fois, c'est à l'occasion d'un furoncle, d'un anthrax qui provoque un haussement d'épaule involontaire, d'un faux-col trop serré et

trop raide, que le cou prend cette attitude spéciale dont il ne peut plus se départir. Les attitudes de la face et particulièrement les mouvements des yeux jouent un certain rôle dans la genèse du torticollis mental. C'est un pois chiche papillomateux du nez qui attire l'attention du malade, lui fait dévier la tête d'un certain côté et détermine l'attitude vicieuse ; c'est un bouton d'acné sur la joue, une légère cicatrice, c'est parfois une fluxion dentaire (Souques) ou bien un traumatisme.

Dans d'autres cas, la cause est plus éloignée. Elle n'est point locale, personnelle au sujet, mais c'est un objet qui attire son attention d'un certain côté et l'oblige à dévier sa tête ; la forme la plus simple est réalisée par la petite malade qui lit en suivant l'écriture et en déviant le cou d'une certaine façon (Lannois). Dans d'autres cas (Sgobbo), c'est une personne qui, pour regarder par une fenêtre, tourne la tête inconsciemment. D'autres fois, c'est un spasme professionnel, comme celui du tisseur qui suit sa navette, (observation de Nové-Josserand et et Prothon), ou celui du soldat dit du sac au dos, et enfin celui du colporteur (Grasset) qui semble relever un fardeau sur son épaule d'un geste instinctif. Dans certains cas, interviennent des affections pathologiques : dans notre première observation c'est une surdité unilatérale qui oblige la malade à tourner la tête du côté de celui qui parle.

On voit donc combien nombreuses et variées sont les causes occasionnelles du tic. Dans certains cas, malgré l'enquête la plus minutieuse, dit Gilles de la

Tourette, la cause initiale peut être difficile à préciser, soit que le sujet l'ignore, soit qu'il l'ait oubliée, soit qu'on ne sache la dépister. Mais un long questionnaire et l'interrogatoire de l'entourage suffiront, dans la plupart des cas, à reconstituer l'étiologie des accidents.

On voit aussi combien il est important de connaître la cause étiologique occasionnelle du tic, car souvent en remédiant à certain état pathologique, en supprimant cette cause (affection des yeux, surdité, papillome, etc.), on parviendra à faire disparaître le torticolis mental. Mais nous ne saurions trop répéter que toutes ces causes ne sont que secondaires et se trouvent impuissantes, sur un terrain normal, à réaliser le syndrome pathologique qui constitue le torticolis mental.

CHAPITRE III

Description.

Nous aurons, au cours de la description du torticolis mental, à considérer deux éléments bien différents ; d'une part, la manifestation motrice, le torticolis ; de l'autre, l'état mental spécial aux tiqueurs. Il nous faut étudier séparément ces deux éléments constitutifs du torticolis spasmodique.

I. — TORTICOLIS

Le torticolis spasmodique est caractérisé par une déviation de la tête produite par la contraction des muscles rotateurs de la tête et du cou. Il est constitué par une succession, un entremêlement de secousses musculaires brusques et de contractions durables, d'attitudes toniques et de secousses cloniques.

Ainsi que le dit Bompaire, le sujet atteint de torticolis mental éprouve un besoin insurmontable de faire exécuter à sa tête un mouvement convulsif. Il

voudrait empêcher cette contraction de ses muscles, il ne le peut pas, et sa tête obéit irrésistiblement par une sorte d'impulsion motrice inconsciente, aveugle. Le mouvement une fois exécuté, il ne peut pas parvenir à relâcher ses muscles et à remettre sa tête dans la situation normale qu'elle occupait auparavant; il fait des efforts de volonté stériles, impuissants. Et, cependant, il ne s'agit là d'aucune irritation des branches nerveuses animant les muscles qui président à ce mouvement.

Car le sujet arrive très facilement à replacer lui-même sa tête dans sa position primitive. Il se contente pour cela d'appliquer deux doigts sur son menton ou sur son nez, et de pousser dans le sens contraire à la déviation. La tête replacée, grâce à l'apposition de sa main ou de son doigt, il est capable de maintenir la tête en position normale, et s'il l'abandonne, le mouvement convulsif réapparaît. Telle est, en quelques mots, la description du phénomène moteur, du torticolis mental.

Nous allons étudier successivement ses divers éléments: contractions durables, secousses cloniques, geste antagoniste efficace.

La position de la tête est plus ou moins déviée, la déviation pouvant être portée jusqu'aux plus arrières limites de la rotation. Le menton peut être porté en haut, se jeter vers l'épaule; d'autres fois, il est porté en bas, pouvant, dans certains cas, amener des phénomènes de compression des vaisseaux et nerfs sus-claviculaires.

Des secousses cloniques accompagnent, en géné-

ral, cette attitude tonique et s'entrêmèlent avec elle. Leur étendue est variable : ce sont tantôt des oscillations de faible amplitude; d'autre fois, au contraire, ces secousses sont plus accentuées et entraînent la tête à une déviation maxima.

Les muscles que met en jeu cette contraction spasmodique sont, outre le trapèze et le sterno-mastoïdien, les pectoraux, les muscles du bras et de l'épaule.

Ainsi que le signale Montaigne, on observe ce phénomène curieux que ce ne sont pas toujours le sterno-mastoïdien et le trapèze du même côté qui se contractent, mais parfois le sterno-mastoïdien droit et le trapèze gauche par exemple, ce qui amène une différence dans la direction du mouvement spasmodique, suivant que les muscles de la région antérieure ou de la région postérieure du cou sont pris isolément ou avec une prédominance marquée. En somme, le mouvement de la tête provoqué par la contraction du sterno-mastoïdien, peut s'accompagner de l'inclinaison de la tête du même côté ou du côté opposé, de la projection d'un bras en avant, etc.

Ainsi, le malade atteint de torticolis mental se présente avec la tête déviée plus ou moins, animée de secousses plus ou moins grandes et, chose curieuse, il ne peut ni empêcher ces contractions, ni ramener grâce à sa volonté sa tête dans la rectitude. Sa volonté est impuissante à commander à ces groupes musculaires dont la contraction n'est cependant liée à aucune altération organique. Si parfois le malade réussit à remettre sa tête droite, ce n'est jamais

qu'avec une grande difficulté et pour un temps très court.

Il y a là une véritable inhibition topographique de la volonté. Ce n'est pas que le malade ne désire corriger son tic et supprimer sa position vicieuse ; mais, pour y parvenir, il est obligé de se servir de subterfuges, d'artifices plus ou moins variés. La plupart du temps, à l'aide de ses mains le malade peut ramener sa tête, d'autres n'ont besoin que d'un moindre effort ; ils se contentent d'appliquer la paume de la main sur la tempe, le menton. Dans certain cas un seul doigt, la pointe d'un crayon, le manche d'un parapluie, un doigt posé sur l'extrémité d'un bâton introduit dans la bouche suffisent à ramener la tête dans la rectitude, sans que le malade déploie un effort considérable. Dans un autre cas, cité par Meige et Feindel, le sujet parvient à immobiliser sa tête dans la position normale en s'étendant sur un matelas que ces auteurs ont appelé le matelas immobilisateur.

C'est bien là ce qui nous montre la nature mentale de l'affection : car il n'y a pas proportionnalité entre l'effort déployé par la main, le doigt ou l'instrument, de quelque nature qu'il soit, employé pour remédier à la déviation de la tête et la contraction musculaire d'autre part. Ce subterfuge, cet artifice employé par le malade a reçu le nom de *geste antagoniste efficace*. Si nous essayons nous-même de remettre la tête du malade dans la rectitude en employant l'artifice dont il se sert nous n'obtiendrons pas, en général, le même résultat. Nous arriverons il est vrai, à vaincre la résistance du spasme, mais nous

serons obligés de déployer une force beaucoup plus considérable et même dans certains cas, à mesure que nous augmenterons cette force, le spasme s'exaspérera, envahissant un nombre de muscles plus considérable. Si cependant, nous cessons, le malade met son doigt sur sa joue, et le spasme cède. — Il y a donc là une véritable inhibition topographique de la volonté: celle-ci qui commande encore aux muscles des mains, ne commande plus aux muscles du cou.

En même temps que le torticolis mental, peuvent coexister d'autres troubles spasmodiques. Un des exemples les plus fréquents est l'association du torticolis spasmodique avec la crampe des écrivains, soit que ces deux spasmes existent en même temps, soit que l'un précède l'autre. De Quervain en cite un exemple sans commentaires dans la *Semaine Médicale* de 1896. Duchenne de Boulogne en avait signalé aussi un exemple. Enfin, le Dr Destarac en communique deux cas à la Société de Neurologie, en 1901. La première observation est celle d'une jeune fille de 17 ans, qui présente, en même temps qu'un torticolis spasmodique, la crampe des écrivains, un spasme de la hanche à droite et un tic du pied à gauche, identique à celui publié par Raymond et Janet et que l'on pourrait appeler le tic du marcheur.

La seconde observation est celle d'un homme de 44 ans, chez lequel les deux phénomènes : torticolis spasmodique et crampe des écrivains se sont succédés.

Enfin, nous publions l'observation inédite d'un

malade qui a présenté en même temps un torticolis mental avec le phénomène dit : crampe des écrivains et chez lequel le torticolis a été remplacé par un tic de mastication. Ces associations de tics qui peuvent coexister ou se succéder ne sont pas du reste des raretés pathologiques, Meige et Feindel ont cité l'exemple d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de tic du bras droit remontant à l'âge de dix ans et d'un torticolis mental d'apparition plus récente. M. Briand, au congrès de Limoges de 1901, a cité le cas d'un jeune homme atteint de torticolis mental remplacé par un tic de l'épaule avec tiraillement de la bouche et clignement de l'œil du même côté. Ce tic ayant cessé, le torticolis est revenu pour être de nouveau remplacé par le tic. A la même occasion, le D^r Et. Martin a cité le cas d'un aliéné chez lequel existait en même temps qu'un torticolis mental à récidive, un tic de la face.

Ces exemples suffisent à montrer que le torticolis mental et les tics divers sont de nature récidivante. Ils peuvent se montrer simultanément ou se remplacer chez le même sujet, assombrissant ainsi le pronostic.

Nous ne ferons que citer : l'association fréquente du torticolis mental avec les névroses : l'hystérie en particulier. Destarac admet qu'un grand nombre de ces mouvements convulsifs sont sous la dépendance de l'hystérie. M. Pitres, dans ses leçons sur l'hystérie, a publié des cas de torticolis spasmodique nettement hystérique. M. Voisin en a cité aussi des

exemples. Nous avons déjà dit que l'hystérie existait certainement chez deux de nos malades

Le torticolis mental existe aussi chez les neurasthéniques. M. Briand a cité le cas d'un sujet atteint de torticolis mental alternant avec une sorte d'astasia-abasie qu'il a qualifiée de paraplégie mentale incomplète : ce sujet était un neurasthénique. Enfin le torticolis mental peut être associé avec les psychoses ; le docteur Martin en a communiqué deux observations.

Spasme tonico-clonique des muscles rotateurs de la tête avec participation d'autres muscles, déviation de la tête à laquelle le malade seul peut résister grâce à une manœuvre par lui inventée, ce tic survenant chez des sujets prédisposés à l'occasion d'une cause déprimante, tels sont, en résumé, les caractères du torticolis mental décrit par M. Brissaud.

2. — ETAT MENTAL

Les malades atteints de torticolis mental présentent un état psychique spécial que nous allons étudier ici, bien que la complexité des phénomènes en rende la description malaisée. Nous empruntons la description de cet état mental aux travaux de Meige et de Séglas.

Ce sont des sujets qui présentent des phénomènes psychiques assez complexes, rappelant ceux que l'on observe chez les dégénérés (Magnan) avec lesquels, du reste, ils ont de nombreuses relations.

Ainsi que le dit le professeur Brissaud, c'est un état psychique spécial, mélange de bizarreries, d'excentricités, bref une tournure d'esprit qui marque plus ou moins de déséquilibre.

La volonté surtout est atteinte, et nous en profitons pour rappeler que le tic est un acte automatique, coordonné, dans lequel la volonté peut intervenir. Elle présente une débilité, une faiblesse très accentuées. Dans la plupart des cas, le tiqueur est incapable d'effort soutenu et de travail de longue haleine. Quand il s'agit de son tic, il est incapable de le faire cesser : sa volonté se trouve impuissante à réfréner un caprice cortical. Et de même que cette faiblesse de la volonté empêche la disparition du tic, de même son instabilité en a-t-elle favorisé l'apparition. Le tiqueur a gardé une mentalité infantile, a dit Meige : de même que l'enfant, il entreprend toutes sortes de choses sans pouvoir les mener à bonne fin ; comme lui, il est très apte à contracter de mauvaises habitudes. Cette versatilité de la volonté nous permet aussi de comprendre l'inconstance et la variabilité des tics : les tics variables seront donc, d'après Meige, un mode d'extériorisation d'idées motrices qu'une volonté trop faible ne peut pas réfréner.

Chez les tiqueurs, il est vrai, les manifestations motrices du tic peuvent être en rapport avec une obsession, une idée fixe prenant alors un caractère de fixité qui fait que le tic ne tend pas à se déplacer (Meige), ce qui est le cas pour le torticolis mental.

On le voit bien, en effet, dans l'observation de Séglas que nous rapportons plus loin : des douleurs de

la nuque constituent le seul symptôme du début. Ces douleurs deviennent une véritable obsession topographique et entraînent une attitude de défense, la malade souffrant moins quand elle incline sa tête sur ses épaules. Cette attitude finit par devenir un besoin irrésistible et constitue un tic. Et nous avons été frappés avec Séglas de l'analogie qui existe entre les conditions d'origine et de variation, les manifestations symptomatiques du torticolis et celles d'autres symptômes mentaux bien connus : manies ou phobies diverses englobées sous le nom général d'obsessions. A cet égard, dit le même auteur, il n'est pas jusqu'au subterfuge employé par le malade pour redresser sa tête pendant la marche dans la rue qui ne rappelle le parapluie tutélaire de maint agoraphobe.

Et, du reste, cette fixité du tic, et partant du torticolis mental, n'est pas contradictoire avec les dispositions psychiques des tiqueurs, car il faut bien admettre avec Meige que, sur cet état mental infantile particulier à ces malades, peuvent se greffer des troubles mentaux divers : tantôt ce seront des idées fixes, des obsessions, des phobies, tantôt des hallucinations, de véritables délires. Leurs formes les plus fréquentes (folie du doute, folie du pourquoi, délire du toucher), ne sont le plus souvent que l'exagération morbide de tendances naturelles à l'enfant normal (Meige).

Le tiqueur, d'autre part, n'a pas conservé de l'enfant que cette débilité de la volonté : comme lui aussi, ses fonctions psychiques manquent d'équilibre et de pondération. Il présente une très grande émoti-

vité : une de nos malades prend la fuite et cherche à se dissimuler quand un étranger entre dans la salle. L'affectivité est désordonnée, et se traduit par des sympathies excessives et parfois inexplicables ou des répulsions non justifiées : la malade dont nous parlions plus haut ne peut supporter le voisinage de ses compagnes, elle cherche à s'isoler et se plaît dans la solitude. L'attention est distraite : les tiqueurs sont incapables de se livrer à un travail soutenu.

En somme, nous pouvons conclure avec Meige que cet état mental présente deux éléments bien distincts : l'un en est le fond même : c'est la mentalité infantile ; l'autre, qui se compose de troubles surajoutés, est l'amplification de tendances naturelles à l'enfant normal. La prédominance de l'un ou de l'autre de ces éléments, dans la genèse du tic, nous donnera, par suite, des renseignements très précieux sur sa pathogénie et sur sa durée. Du reste, cette connaissance de l'état mental est indispensable pour le traitement, puisqu'en agissant sur les anomalies psychiques, nous agissons aussi sur les phénomènes moteurs.

En résumé, mentalité infantile, manque d'équilibre et de pondération, telles sont les caractéristiques de l'état mental du tiqueur.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I

(Inédite).

(Recueillie dans le service de M. LANNOIS).

G. M..., religieuse, âgée de 34 ans, se présente dans le service, le 22 janvier 1902.

Pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu six frères ou sœurs dont deux sont morts en bas-âge, deux sœurs sont bien portantes, deux autres sont malades, anémiques, souffrent de névralgies.

La malade aurait été atteinte vers l'âge de 5 ans d'une affection fébrile grave mais indéterminée. Réglée à 13 ans. Les règles viennent irrégulièrement, la malade souffre en général à leur moment.

Elle a le faciès pâle, au teint un peu anémique. Elle ne présente aucun trouble de la motricité, pas de tremblements. La sensibilité cutanée est normale au contact, à la piqure, à la chaleur. Les reflexes tendineux sont plutôt forts, reflexes

cutanés peu marqués, reflexes muqueux normaux. Pas de zones hyperesthésiques.

L'œil est normal, le champ visuel n'est pas rétréci.

L'audition est nettement diminuée, la malade n'entend pas la montre contre le pavillon à gauche, à droite un peu. Weber localisé à droite. — Rinne positif à gauche.

Goût et odorat normaux.

Pas de troubles psychiques Pas de stigmates de dégénérescence.

Rien au poumon ni au cœur.

L'interrogatoire de la malade est gêné par la surdité surtout prononcée pour l'oreille gauche, et dont le début remonterait à trois ou quatre ans. La malade déclare s'être bien portée jusque vers l'âge de 17 ou 18 ans, époque où elle commença à devenir anémique et à perdre ses forces. Elle n'était dès lors, plus capable de travailler qu'à grand peine, avait dans le jour de véritables accès de sommeil et, la nuit, il lui était impossible de dormir. D'un caractère très émotif, une contrariété légère la faisait pleurer. Elle n'eut jamais de crises nerveuses.

Cet état persista depuis lors, atténué à certaines époques de la vie de la malade, il n'a jamais disparu et, au mois de juillet dernier, s'est aggravé.

Depuis plusieurs années, l'entourage de la malade remarquait des mouvements nerveux qu'elle faisait surtout avec la tête.

En octobre 1901, elle eut des chagrins, très vivement ressentis, quelques crises de fatigue. Obligée à cette époque de suivre des conférences, elle était forcée par suite de sa surdité gauche, de tourner le côté droit de la face et de dévier sa tête à gauche. Petit à petit, elle s'aperçut que cette dernière était difficile à ramener dans la position droite, elle s'en énervait beaucoup et bientôt, malgré ses efforts, il lui fut impossible d'y parvenir. C'est à ce moment que commencèrent les mouvements.

Actuellement, on constate l'attitude suivante : la tête est

déviée à gauche comme dans le torticolis; en outre, au lieu de rester fixe dans cette attitude, elle est le siège de mouvements incessants de latéralité, de véritables secousses de nutation. Le sterno-cléido-mastoïdien droit fait une grosse saillie qui augmente encore quand la déviation à gauche de la tête est extrême, la malade la portant toutes les demi-minutes environ, aux dernières limites de la rotation sous forme de secousses.

Il existe un état spasmodique permanent du muscle dont le chef sternal fait corde. La région n'est pas douloureuse.

De plus, la malade fait fréquemment des mouvements avec les sourcils, les muscles frontaux qui élèvent ou abaissent les téguments, parfois avec les lèvres, surtout au moment des secousses de nutation et avec leurs muscles élévateurs et mentonniers; les yeux ne peuvent rester en repos et remuent constamment.

Au moment des secousses, il semble que le chef antérieur du trapèze participe un peu à l'état spasmodique, d'où il résulte une secousse d'élévation de l'épaule.

Un fait curieux est l'extrême exagération du torticolis sous l'influence de la marche; l'état spasmodique augmente, devient extrême, le sterno-cléido mastoïdien fait une énorme saillie, la tête se met dans le parallélisme avec l'épaule gauche et reste dans cette position. Les émotions exagèrent aussi cette attitude. On constate parfois quelques légères secousses dans le sterno-cléido-mastoïdien du côté gauche.

La malade, examinée de dos, présente une attitude très spéciale : il existe une différence très nette entre la ligne du muscle trapèze à gauche et celle du côté droit, cette dernière s'abaissant vers le moignon de l'épaule d'une façon beaucoup plus rapide. Le moignon de l'épaule droite est beaucoup plus élevé que le gauche, par suite de la contraction permanente de la portion supérieure du trapèze qui fait de plus, que la tête, au lieu de s'abandonner à l'action du seul sterno-cléido masloïdien, est un peu déjetée en arrière.

Il existe, à l'état permanent, un peu de scoliose cervico-dorsale.

Par moment on sent, lorsque la tête est déviée au maximum, dans les grandes secousses de rotation, le trapèze durcir et se contracter.

Le 3 février 1902. — Quand la malade est dans la déviation maxima, elle porte brusquement la main, soit sous le maxillaire droit, soit au niveau de l'apophyse mastoïde droite. Elle dit que ce n'est pas une sorte de douleur, mais comme un craquement qu'elle ressent au niveau de l'apophyse, et qu'il lui semble pouvoir l'arrêter en y portant la main.

Si on essaie d'empêcher les mouvements en maintenant la tête, on voit les muscles du côté gauche entrer en jeu et des contractions se produire surtout dans le sterno-cléido mastoïdien, le trapèze et le peaucier.

Les mouvements cessent pendant le sommeil.

Février 1902. — M. Lannois institue un traitement où la suggestion domine. Il soumet de plus la malade à des séances fréquentes d'électrisation et on lui enseigne à faire une sorte de gymnastique pour discipliner les mouvements du cou. Au début, les résultats sont peu appréciables.

Mai et juin 1902. — Le traitement par la suggestion et l'électrisation a été continué avec un grand succès. La malade n'a plus son attitude tonique caractéristique : elle a encore quelques petites secousses cloniques à oscillations très faibles qui ne se reproduisent que lorsqu'elle est émotionnée. Elle est rassurée, réconfortée, persuadée qu'elle va guérir. Elle se croit complètement capable de quitter l'hôpital et de reprendre ses fonctions, ce qu'elle fait au commencement de juillet. Il y aura lieu de la suivre en raison d'une rechute possible.

OBSERVATION II

(Inédite.)

Recueillie dans le service de M. LANNOIS.

G. R..., 18 ans, religieuse, entre dans le service, le 22 janvier 1902.

Père mort à 48 ans d'une fluxion de poitrine; mère morte à 38 ans, d'une affection cardiaque; une sœur aînée meurt à 15 ans d'une maladie inconnue; un frère plus jeune est bien portant.

Dans l'enfance, la malade eut vers sept ans une bronchite; elle était sujette aux angines.

Réglée à 15 ans. Ses règles sont irrégulières, toujours en retard.

Cette jeune fille, très grande et très bien constituée, a une apparence robuste.

Elle ne présente aucun trouble de la motricité, la sensibilité cutanée est normale sous toutes ses formes, les réflexes sont normaux; on remarque des zones d'hypéresthésie ovariennes et mammaires.

La malade a toujours été d'un tempérament très nerveux, elle est très sensible, très émotive.

Ayant à soigner et à instruire de très jeunes enfants, elle attribue à la fatigue que lui causait cette occupation, son état actuel. En outre, elle vit, il y a une quinzaine de jours, la malade qui fait l'objet de l'observation précédente. Elle fut vivement impressionnée par son état et eut la peur très vive de devenir comme elle.

Trois ou quatre jours plus tard et assez brusquement, elle se met à faire les mouvements qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement, la malade présente d'une façon permanente de la rotation de la tête du côté droit; en outre, sans aban-

donner cette attitude, la tête est projetée dans la rotation droite maxima, sous forme de secousses survenant toutes les quatre ou cinq secondes. Il y a peu de modifications du côté de la face : tout au plus observe-t-on quelques contractions des muscles sourciliers.

Le sterno-cléido-mastoïdien gauche reste contracté, il fait, au moment de rotation maxima, une corde pour le chef sternal. La projection simultanée de la tête est annihilée du fait de la contraction simultanée du trapèze dont le faisceau antérieur détermine, en outre, un mouvement d'élévation du moignon de l'épaule gauche et le soulèvement simultané du scapulum. Il se produit, de plus, du côté droit, quelques contractions isolées du sterno-cléido-mastoïdien dans son chef sternal, qui apparaissent très nettes si l'on s'oppose au mouvement de rotation de la tête.

Le fait intéressant est que l'on a des mouvements d'élévation du moignon de l'épaule droite se produisant de la façon suivante : en même temps que le sterno-cléido-mastoïdien gauche se contracte et que synchroniquement se produit l'élévation de l'épaule gauche, au moment où le menton est amené au niveau et au-dessus de l'épaule droite et avant l'achèvement de ce mouvement, se produit une élévation en masse du moignon de l'épaule droite tendant à l'amener au contact du menton sans y réussir. Ce mouvement d'élévation est nettement accompagné d'un peu de projection de l'épaule en avant et paraît se passer surtout dans le trapèze et un peu dans le grand pectoral. Parfois la rotation de la tête persiste et ce mouvement du moignon de l'épaule se répète une ou deux fois encore.

On observe, en outre, que la rotation de la tête qui s'effectue parfois en un temps, se fait le plus souvent en deux et rarement en trois temps.

On voit encore, en plus des mouvements transmis du moignon de l'épaule, un tremblement généralisé à tout le membre supérieur droit, à oscillations assez rapides, amples et paraissant prédominer à la racine des membres bien qu'il

existe synchrone, au niveau des doigts où il paraît, surtout comme un tremblement communiqué. Ce tremblement augmente d'amplitude à l'occasion des secousses de la tête et de l'épaule. Si l'on fait l'épreuve du verre, il se produit immédiatement une exagération des mouvements et toute l'eau est projetée. La malade est obligée pour manger, de se servir de la main gauche. Le tremblement se perçoit jusqu'au niveau des seins où il donne lieu à des oscillations de transmission.

Si l'on examine la malade en arrière, on constate une déformation montrant l'élévation de l'épaule et du scapulum gauche combinée à un peu de scoliose cervico-dorsale à convexité gauche,

Février 1902. — On institue le même traitement que pour la malade de l'observation précédente : suggestion et électrisation.

Devant la nature hystérique du phénomène, on dit à la malade qu'on fera disparaître les mouvements de la tête en trouvant à la racine du cou un point douloureux qu'il suffira de presser fortement. — De fait, après deux ou trois pressions énergiques sur les racines du plexus brachial, le torticollis disparaît brusquement, mais est remplacé par une véritable chorée hystérique qui persiste encore actuellement, mais dont on peut déjà entrevoir la guérison grâce à l'hydrothérapie et au traitement psychique.

OBSERVATION III

Inédite

Communiquée par M. LANNOIS,

Mlle B... L..., 11 ans.

Père a 53 ans, tisseur, se porte bien, a fait autrefois quelques excès d'alcool, étant au régiment.

Mère 49 ans, tisseuse, bien portante, tempérament nerveux, pas de crises, pas de consanguinité.

La mère a eu six enfants, l'aîné a 26 ans, la dernière a 9 ans.; celle-ci est l'avant-dernière, la troisième est morte à trois mois de la coqueluche, les autres se portent bien; tous assez irritables cependant. Pas de fausses couches; toutes les grossesses bonnes, les accouchements faciles.

La malade n'a pas eu de convulsions. A 2 ans, coqueluche. A 5 ans, rougeole. A 11 ans, c'est-à-dire l'hiver passé, scarlatine. Dans l'intervalle de ces maladies, santé assez bonne, sauf un peu de maigreur et de pâleur habituelle.

Il y a un an, pendant la convalescence de la scarlatine et sans autre cause connue, l'enfant se mit à bouger involontairement la tête, disant parfois qu'elle éprouvait une légère douleur à la nuque. Quelquefois aussi, la figure était grimaçante; elle ouvrait la bouche et serrait les dents malgré elle. Pas de mouvements involontaires dans les membres, mais ceux de la tête et du cou ont persisté de plus en plus.

Actuellement, ces mouvements ont pour caractère d'être assez lents, séparés par des intervalles inégaux, mais dépassant rarement la durée d'une minute. Ils semblent se passer dans les articulations de la tête avec la colonne: projection du menton en avant, inclinaison de la joue à droite ou à gauche, rotation de toute la tête, se succèdent dans l'ordre le plus irrégulier. Ces mouvements diminuent et peuvent même s'arrêter un peu lorsqu'on attire l'attention de l'enfant et qu'on lui dit de les empêcher; mais ils recommencent bientôt, ou bien ils sont remplacés par des mouvements d'élévation de l'épaule ou de rotation du bras, qui, d'habitude, est bien moins appréciable. Au dire de la mère, tous ces mouvements sont plus accusés le soir, et les jambes elles-mêmes en sont le siège quand elle est couchée.

Le caractère de l'enfant est devenu irritable et capricieux; elle pleure facilement; en classe elle apprend assez bien, bonne mémoire.

A part cela, elle se porte bien. La nuit, elle rêve souvent, se réveille en sursaut parfois. Pas d'incontinence nocturne actuellement, ce qui se produisait auparavant et jusqu'à

l'année dernière. Un peu d'essoufflement au moment de la course ou pour monter les escaliers.

Rien à l'auscultation. Cœur battant un peu vite.

Réflexes rotuliens très forts. Pas de trépidations.

Pas d'anesthésie. Rien de particulier à l'examen somatique. Pas de battement des paupières. Réflexes cornéens normaux.

Quand on examine à nouveau la nature du mouvement déjà décrit, on le décompose de la façon suivante :

L'enfant commence par baisser le menton presque jusqu'au niveau du sternum, par une contraction simultanée des deux sterno-mastoïdiens. On voit alors une petite contraction du sterno-cléido gauche et surtout du chef sternal qui amène le menton à droite. Immédiatement après, une contraction plus intense du sterno-mastoïdien droit détermine une sorte de *roulement* qui amène le menton à gauche. Ce mouvement se répète, identique à lui-même, deux, trois, quatre ou cinq fois de suite, rarement plus, et le mouvement s'arrête presque toujours dans la position gauche du menton, mais lorsque la malade a été excitée, les mouvements sont plus rapides et plus nombreux.

Il n'y a pas, d'ailleurs, que les sterno-mastoïdiens, qui y prennent part ; on sent manifestement les muscles de la partie postérieure du cou prendre part à la contraction ; le trapèze droit se contracte très vite et d'une façon très active, alors que le gauche reste à peu près immobile ; il en résulte que le tronc prend part, dans une certaine mesure, au mouvement, notamment l'épaule droite qui est soulevée.

On remarque enfin un certain degré d'instabilité musculaire ; elle remue les doigts, déplace les mains et a aussi, de temps à autre, quelques mouvements de jambe, surtout du côté gauche. Pas de mouvements pendant le sommeil.

Pendant que l'enfant écrit, elle cesse un instant de bouger, mais, entre chaque mot, elle s'arrête, juste le temps de faire deux ou trois fois le mouvement décrit. Elle se tient droite pour écrire, ne penche pas la tête.

15 septembre 1897. — L'enfant prend de la liqueur de Fowler à doses progressives, depuis le 9 septembre, en débutant par huit gouttes par jour à 16 gouttes.

22 septembre 1897. — L'amélioration ne semble pas s'être maintenue, mais cela est peut-être dû à ce fait que la mère de la malade cherche à la persuader qu'elle ne guérira pas, parce qu'elle ne mange pas.

6 octobre 1897. — L'amélioration est des plus manifestes : l'enfant ne bouge plus, sauf le soir qu'elle a conservé un petit dandinement du corps en masse. Il semble aussi qu'il y ait quelques rares secousses dans le bras gauche et la mère dit qu'il arrive souvent à la malade d'avoir des petites secousses dans la jambe gauche.

17 novembre 1897. — Examen des yeux. Très léger degré d'hypermétropie. Fond d'œil normal.

10 mai 1899. — Pas réglée. La malade revient après dix-huit mois : elle était complètement guérie, sauf qu'il lui restait quelques petits mouvements de temps en temps dans la jambe gauche. Depuis six mois, elle a repris des mouvements qui siègent presque exclusivement dans les deux épaules, mais surtout à gauche. Vue par derrière, on constate un soulèvement véritablement extraordinaire de l'omoplate : celle-ci remonte tout d'abord jusque sur le trapèze, puis s'écarte en arrière et en dehors, en laissant un intervalle dans lequel on peut mettre la main, puis retombe à sa place. Elle a quarante-quatre mouvements à la minute ; il y a cependant des moments de repos pour les deux omoplates ; le mouvement est rare du côté droit. L'omoplate semble pivoter autour de la tête humérale qui n'est cependant pas immobile. Si l'on regarde antérieurement, le moignon de l'épaule est poussé en avant en même temps que la clavicule se soulève. Contractures fasciculaires simultanées dans le deltoïde. Ce mouvement, en avant et en haut de l'épaule, soulève le membre tout entier : pas de mouvements clo-niques du membre lui-même.

Du côté de la face, il existe aussi des grimaces, dans la moitié gauche surtout. La mère dit également que, quand elle a un peu marché, la jambe est agitée d'un mouvement spécial : elle donne un coup de pied en arrière comme une ruade.

Pas de trace du torticollis spasmodique. La malade debout et immobile a un balancement transversal du corps.

Elle se plaint d'un point douloureux au-dessous du sein gauche de la ligne axillaire : rien à l'auscultation à ce niveau, mais la pression un peu forte est douloureuse et donne la sensation de boule. Légère zone ovarienne des deux côtés ; pas de zone hystérogène vers les seins.

30 août 1899. — A eu un point pleurétique à la base droite. On ne lui trouve qu'un peu de submatité et de diminution de la respiration.

27 novembre 1899. — La malade n'a plus de mouvements choréïques des épaules. Il persiste seulement le balancement, mais les mouvements du cou sont redevenus aussi intenses qu'auparavant. Quand on la regarde en face, on voit qu'elle a la face légèrement tournée à droite et il semble que le sterno-mastoïdien gauche soit en état de demi-contraction, car on aperçoit toujours son tendon saillant et immobile au-dessus du sternum, mais de temps à autre, il est agité de contractions cloniques. L'enfant dit, d'ailleurs, avoir une sensation de tension au niveau de l'apophyse mastoïdienne et derrière le cou.

Le sterno-mastoïdien droit ne présente que des secousses cloniques : 80-86 à la minute, mais irrégulièrement. L'enfant bouge moins quand elle n'est pas émotionnée. Il en résulte une sorte de mouvement de la tête sur la colonne cervicale.

4 octobre 1899. — Les mouvements ont complètement disparu au niveau du cou : elle se plaint toujours de douleurs au niveau du biceps droit.

29 novembre 1899. — La malade n'a plus de mouvements dans l'épaule mais dans la face : mouvements de diduction

des maxillaires ; la commissure droite est tirée en haut, la lèvre supérieure se relève un peu à droite : quelques secousses dans la joue ; les paupières supérieures ont des battements continus ; dans la station verticale, elle a des oscillations constantes du tronc. Les mouvements de la face sont lents.

27 décembre 1899. — La malade a des mouvements de négation avec légère nutation simultanée, rappelant ceux du début de l'affection. Le tic de la face qui, la dernière fois, se produisait à droite, a lieu actuellement à gauche. Balancement antéro-postérieur de tout le tronc.

OBSERVATION IV

(Inédite.)

Communiquée par M. LANNOIS.

Mlle M. M..., 25 ans, est instruite, pas d'antécédents héréditaires. La malade a eu la rougeole et la coqueluche, dans son enfance. L'état nerveux antérieur ne présente rien de particulier. Depuis deux ans, la malade a eu des éblouissements presque quotidiens, sans chute, sans perte de connaissance.

Il y a sept mois, elle se mit à remuer la tête, sans aucune cause connue, sans choc nerveux ; les oscillations, d'assez grande amplitude portaient toujours le menton du côté droit sans l'abaisser notablement ; elles étaient continuelles, ne pouvaient être arrêtées par la volonté, mais cédaient facilement quand la malade mettait son doigt au niveau du menton. La malade est examinée par M. Lannois, fin juillet. A ce moment, elle ramenait facilement la tête dans l'arc vertical par le procédé indiqué ci-contre. Le cou redevenait souple, puis le mouvement convulsif recommençait.

Depuis le mois de septembre, la malade constata de la gêne des mouvements et il lui devint impossible de remettre la tête dans la rectitude.

Actuellement, la malade présente un torticolis des plus accentués, la tête est inclinée sur l'épaule gauche et le menton fortement relevé du côté droit. En même temps, l'épaule gauche est fortement relevée de 10 cent., quelquefois plus, quand la contraction devient plus intense. On voit facilement que ce torticolis tient surtout à la contraction du trapèze.

En outre de cette attitude permanente, la malade présente encore de petites secousses de la tête dues à la contraction du sterno-cléido-mastoïdien.

On observe aussi des secousses fibrillaires, de temps à autres, dans le triceps, dans les muscles épicondyliens. A l'examen somatique, la sensibilité au contact subsiste. Les piqûres superficielles sont bien perçues; les piqûres profondes très peu douloureuses. Il n'y a pas de zone hystéro-gène et pas de trépidation épileptoïde. La malade présente des stigmates de dégénérescence. Le lobule de l'oreille est adhérent, présente des malformations. Il y a quelque noevi pigmentaires; un gros papillone sur l'aile du nez, à gauche.

19 novembre 1900. — A la suite de deux séances de bain électrique, la contraction du trapèze a diminué, les secousses du sterno-cléido-mastoïdien sont plus marquées. Il y a une légère parésie de la main.

17 décembre 1900. — Le trapèze, qui était contracté au début, est aujourd'hui libre; par contre le sterno-cléido-mastoïdien est le siège d'une contraction très nette qui atteint un peu le trapèze du côté opposé.

L'alternance dans l'attente des différents muscles du cou, le remplacement des secousses par des spasmes permanents ou réciproquement est un des caractères les plus saillants de l'affection chez cette malade.

18 décembre 1900. — M. Lannois pensant que le pois chiche que la malade porte sur l'aile du nez jouait un rôle important dans la genèse du tic en raison des mouvements des yeux et de la tête que la malade faisait pour le regarder, lui avait

proposé dès le début d'en faire pratiquer l'extirpation. Voyant que les traitements ne donnaient chez elle que des résultats peu appréciables, elle s'y décide enfin.

A la suite de l'ablation de cette petite tumeur papilloma-teuse, les contractions disparaissent et la malade arrive très rapidement à un état d'amélioration équivalent à la guérison car il ne persiste qu'un peu de raideur du cou.

OBSERVATION V

[Inédite].

(Communiquée par M. LANNOIS)

M. X. est un ancien officier qui n'a pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Pas de spécificité, par d'état nerveux antérieur.

Le malade a toujours été d'un tempéramment calme : pas de frayeurs ni d'ennuis.

Il a eu une chute de cheval sans gravité, une année avant le début des accidents.

Le malade n'avait jamais bougé lorsque, vers l'âge de 39 ans, il fut pris de grands mouvements du côté des épaules, de la nuque et du cou. Ces mouvements prirent en quelques jours une amplitude et une intensité telles que le malade dut suspendre ses occupations et entrer dans un hôpital militaire. Ces mouvements reproduisaient toujours le même type : mouvements brusques d'élévation des épaules, réalisant le type dit : « tic du sac au dos » puis des secousses incessantes de la tête rejetée à droite, un mouvement incessant du côté du cou et de la nuque que le malade appelle un véritable roulis. L'affection se généralisa bientôt, s'étendant aux muscles du tronc ainsi qu'à ceux des membres inférieurs.

En même temps, le sujet avait de la contracture et des raideurs prééminantes à droite. De plus, le malade insiste sur la position de sa tête à cette époque. « Il y avait, dit-il, constamment lutte entre mes deux sterno-mastoïdiens : le droit était devenu volumineux, le gauche aminci et rétréci comme une ficelle ». Les nuits étaient calmes et les mouvements suspendus pendant le sommeil. Il lui était impossible de remettre sa tête dans l'axe. Les actes de la vie courante étaient devenus pénibles ; la lecture, l'écriture, étaient impossibles.

On proposa alors la résection du spinal. Après un séjour de quelques mois dans des cliniques de neuropathologie, où la thérapeutique employée, en particulier la suggestion, (Déjérine), l'électrothérapie (Vigouroux), ne donne aucun résultat, le malade se résout à se faire réséquer le spinal. Sous l'anesthésie, le spasme cesse et on se contente d'immobiliser la tête avec des appareils à traction. Tout cela ne donne aucun résultat. Une cure à Lamalou, répétée quelques mois après, est suivie d'une rémission des phénomènes spasmodiques : le torticolis disparaît, le malade reprend du service, mais dès cette époque il présente des phénomènes laryngés, sa voix se fatigue très vite et s'éteint même, nous dit-il. Il y a trois ans, le malade prend sa retraite.

Depuis, l'amélioration continue.

Actuellement, douze ans après le début, le malade, présente des tics faciaux et un tic de mastication, ainsi que des phénomènes laryngés aboutissant à une aphonie transitoire. Au repos, la figure est calme et ne grimace ; dès que le malade parle, les tics apparaissent et s'accroissent si la conversation se prolonge. Ces tics sont très complexes et impossibles à analyser en détail au point de vue musculaire ; ce que l'on remarque le mieux, c'est qu'au moment où le malade va parler, les peauciers se contractent et sont animés de secousses toniques qui les font saillir sous la peau ; les commissures labiales s'abaissent, l'orbiculaire des lèvres se contracte, les plis naso-géniens

s'accusent, les yeux clignent, le maxillaire inférieur est animé de mouvements très rapides d'abaissement et la *parole* qui est comme suspendue un très court moment, explose, sort forte et précipitée, donnant un peu de bredouillement. Bien vite son timbre change, la voix devient pâle et il y a, par moments, une véritable aphonie.

Il y a aussi de nombreux tics faciaux ; le malade simule le bâillement assez souvent.

Tous ces mouvements ont une certaine régularité. La volonté est impuissante à les arrêter, Il y a aussi un tic de mastication. La déglutition se fait mal, souvent le malade « boit de travers ». Les tics augmentent pendant la conversation. Il y a aussi quelques gestes du bras droit, d'ailleurs peu incoordonnés. Dans les mouvements appliqués, il accuse une sensation de raideur et de contraction en arrière au niveau des épaules. Quand le malade écrit, il se colle le bras au tronc et appuie le thorax contre la table. Pas de copralalie. Pas d'écholalie. Pas de troubles psychiques. Les nuits sont calmes, pas de troubles sphinctériens.

A l'examen laryngoscopiques, on trouve une parésie de la corde vocale droite en position cadavérique et un nodule sur la gauche. Le malade dit que cette parésie est variable et qu'examiné par un spécialiste il a présenté cette paralysie tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

OBSERVATION VI

Communiquée par le Dr MARTIN.

X..., 26 ans, est né à terme. Son développement physique et intellectuel a été très lent ; il a marché et parlé très tardivement. A dix-huit mois, convulsions violentes traitées par le bromure. Il est l'aîné d'une famille de neuf enfants parmi lesquels on trouve des dégénérés hystéro-épileptiques.

Dans les antécédents héréditaires on ne nous signale aucun cas de vésanie ou de maladie nerveuse, consanguinité de père et de mère.

Pendant l'enfance et l'adolescence, aucune particularité dans son état mental. D'intelligence moyenne, il a fait toutes ses études. Réformé au conseil de révision pour insuffisance du périmètre thoracique.

A la fin de septembre 1898, les troubles mentaux ont débuté : les parents remarquèrent un changement dans le caractère. Leur fils refusait de voir ses amis et disait qu'il n'était pas fait comme les autres. Il devient intraitable et excessivement jaloux. Amaigrissement considérable. Onanisme effréné. Insomnie. Idées de suicide.

L'internement s'impose. Le délire mélancolique persiste ; à plusieurs reprises, X... refuse les aliments.

Trois mois environ après le début de sa maladie, on s'est aperçu que, par moment, il baissait la tête et la rejetait légèrement sur l'épaule droite.

Le traitement opiacé, l'hydrothérapie n'amenèrent aucune modification dans son état. Il raconte qu'il est damné, que son corps est transformé, qu'il a des organes supprimés.

Au mois de février 1900, l'état est le suivant : 1° Etat physique. Le malade est assis dans un fauteuil, les jambes écartées, la tête fléchie sur la poitrine et rejetée un peu à droite.

Lorsqu'on lui adresse la parole, cette attitude s'exagère encore. Il peut, à l'aide de la main, relever sa tête pour regarder ses interlocuteurs, mais aussitôt qu'il la lâche, elle reprend la position que nous venons d'indiquer,

Du côté gauche de la face existe un tic qui consiste dans le relèvement brusque et saccadé de la commissure labiale.

Si l'on prie le malade de se lever, il le fait péniblement et marche le ventre en avant, le dos fortement arqué, les jambes écartées. La tête, dans la position que nous avons indiquée, entraîne par moment un spasme des muscles du cou du côté gauche. Ce spasme n'est pas douloureux, mais, au moment

où il se produit, on remarque que les tics apparaissent dans les muscles de la face. Le sterno-mastoïdien gauche et le trapèze sont très durs. Si l'on saisit la tête et qu'on veuille la redresser, le spasme se produit et le malade résiste fortement.

Il y a de l'asymétrie crânienne et faciale. Le palais est très ogival, les dents sont vicieusement implantées. Les oreilles irrégulièrement bordées et en anse.

Développement pileux presque nul. Les organes génitaux sont petits; phymosis très accentué.

Lorsque le malade est étendu, sa tête se redresse. Les contractures dans les membres persistent. Les réflexes roquiens sont exagérés; le réflexe abdominal et crémastérien persiste. Le réflexe plantaire est aboli. Les réflexes pharyngien et cornéen sont abolis. La sensibilité au tact et à la piqure est sensiblement diminuée à gauche, de même un courant faradique d'intensité égale est moins bien perçu à gauche qu'à droite. Le champ visuel n'a pu être exploré. Gâtisme.

2° *Etat mental.* — Délire mélancolique avec idées d'indignité et hypocondriaques. Le malade raconte que ses organes sont pourris et qu'il ne guérira jamais. Il n'a plus de jambes, plus de pieds, plus de mains; son cou et sa tête, il ne sait pas où ils sont. Il s'irrite très facilement et ne répond pas la plupart du temps aux questions qu'on lui pose. Tout le jour il reste assis dans un fauteuil sans essayer le moindre mouvement.

Ses sentiments affectifs sont très émoussés. Il n'éprouve aucun plaisir à avoir la visite de sa mère. Il se fâche avec elle et lui dit des choses désagréables.

En somme; stigmates physiques de dégénérescence; stigmates hystériques avec délire mélancolique et idées hypocondriaques; attitude des membres en contracture légère; tic de la face et spasme dans les muscles du cou créant une sorte de torticolis mental sous la dépendance des idées hypocondriaques.

Traitement. — Le 10 mars 1900, nous instituons le traitement suivant: nous essayons de capter la confiance de

notre malade en lui faisant comprendre qu'il peut guérir et nous commençons à lui démontrer qu'il est capable de bouger en lui faisant exécuter avec la main des mouvements dans les jambes contracturées. Ces séances sont renouvelées trois fois par jour et suivies de bains et de massage.

Le 20. — Le malade exécute au commandement les mouvements des jambes que tout d'abord nous avons dû leur imprimer. Les séances continuent, les jambes et les bras remuent au commandement ; ce sont des mouvements d'assouplissement que le malade effectue.

Le 28. — Amélioration notable. Le malade n'est plus gâteux. Il se lève et se couche seul. Il marche. Il parle avec plus de complaisance.

Le 15 avril. — Les contractures d'attitude des membres ont disparu, le malade accomplit tous les mouvements d'assouplissement au commandement et de lui-même. Sa tête, qui est toujours déviée à droite et abaissée, le gêne beaucoup, dit-il. Il commence à s'en apercevoir. Nous espérons la guérison.

Le caractère s'est bien modifié : avec le médecin qui le tient sous sa suggestion, il est aimable mais dès qu'il est seul il s'irrite et se porte des coups. Cependant, il est à noter qu'avec l'état physique l'état mental s'améliore.

Nous profitons des bonnes dispositions du malade pour lui faire faire quelques mouvements dans les muscles du cou. Les mouvements de latéralité sont impossibles dès que le malade les essaie ; le spasme apparaît entraînant la tête à droite. Mais il esquisse le mouvement d'élévation et d'abaissement de la tête.

Plus de cinq mois de gymnastique d'assouplissement et de séances électriques, ces séances occupant trois heures en moyenne par jour, ont été nécessaires à guérir et encore incomplètement ce torticolis mental. Ce qu'il y a de très intéressant, c'est de noter le parallélisme constant entre l'amélioration des troubles physiques et des troubles mentaux.

Au mois de juin, quatre mois après le début de la cure, le malade était transformé. Les idées mélancoliques ont complètement disparu, son caractère s'est amélioré. Il reçoit très bien ses parents, et ses lettres sont affectueuses et bien conçues.

A trois reprises différentes, nous avons assisté à des récurrences de torticolis mental. Elles ont été de courte durée et facilement curables.

Nous l'avons suivi encore pendant un an. La guérison du torticolis mental est, à l'heure actuelle, parfaite. Les stigmates de la névrose se sont très atténués. La sensibilité est redevenue normale. Le malade, depuis quatre mois, a repris ses occupations.

OBSERVATION VII

In *Revue Neurologie*, par DESTARAC.

A. X..., âgée de 17 ans, est une jeune fille bien musclée et ayant toutes les apparences de la santé.

Elle a marché de bonne heure et normalement. Elle a été réglée à 13 ans.

Elle a présenté des troubles spasmodiques divers : crampe des écrivains, spasme de la hanche à droite, tic du pied ou crampe du marcheur.

Torticolis. — Au début des accidents, la tête et le haut du corps étaient portés à gauche pour contrebalancer la contracture de la hanche droite et rétablir l'équilibre. Un peu plus tard apparaissaient quelques contractures dans le sterno-mastoïdien droit, et bientôt s'installe un torticolis spasmodique bien caractérisé. Au bout de quelques mois, comme cela s'était déjà produit pour la hanche, les convulsions cloniques du début font place définitivement à un état de tétanisation continue. La gêne pour l'écriture, premier phénomène en date, s'est accentuée. Les caractères

tracés très lentement et avec effort sont irréguliers. Les travaux manuels sont devenus difficiles ; parfois même, quand elle mange, la cuillère tourne dans sa main qui se raidit et se met en pronation. En dehors de ces actes déterminés, les bras et les doigts sont souples et exécutent sans difficulté et avec force les mouvements les plus variés.

Actuellement, la malade est très affectée, elle éprouve, au moindre effort, des palpitations et de l'oppression. Cependant, il n'y a pas de lésion, ni du cœur, ni du poumon, mais la respiration est gênée par l'immobilisation du thorax. La respiration est purement diaphragmatique et le murmure vésiculaire est très diminué à droite.

Pour redresser sa tête, la malade appuie sans grand effort son index sur sa joue, prenant la pose que M. Brissaud regarde comme caractéristique du torticolis mental.

L'incurvation du thorax et le relèvement de la hanche persistent toujours, mais cette déformation disparaît aussi dans la position allongée et quand elle se suspend à un trapèze. Pour se redresser quand elle est debout et dans la marche, elle s'arcboute de sa main droite sur la hanche qui s'abaisse sous cette simple pression, et elle obtient ainsi un redressement à peu près parfait.

La force musculaire est très énergique pour tous les segments des membres supérieurs et inférieurs. Tous les mouvements autres que la marche et l'écriture se font normalement.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Le clonus du pied n'existe pas aujourd'hui, mais à une époque plus rapprochée du début, le relèvement brusque de la pointe du pied donnait trois ou quatre secousses.

Les réflexes achilléens sont aussi exagérés.

Le signe des orteils existe des deux côtés. Quand on étend les jambes de la malade, les gros orteils sont un peu relevés et le chatouillement de la plante des pieds augmente l'extension.

Le réflexe cornéen est normal des deux côtés.

Le réflexe pharyngien est très affaibli.

Le réflexe abdominal nul.

La sensibilité générale est normale pour tous ses modes, l'excitabilité électrique normale. Rien du côté des sens, à part une diminution très marquée de l'acuité visuelle à gauche. Le champ visuel paraît un peu rétréci. Pas de dyschromatopsie; strabisme de l'œil gauche. Rien au cœur ni aux poumons. Pas de troubles trophiques. Pas de troubles psychiques.

OBSERVATION VIII

In *Revue Neurologique* par DESTARAC

M. C..., est âgé de 44 ans. Grand-père et père morts tous les deux de la goutte. Une grand'mère et sa mère sont mortes d'une attaque de paralysie. Une sœur nerveuse. Trois frères bien portants.

A 21 ans, à la suite de chasse au marais, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu aux deux épaules.

Vers l'âge de 30 ans, il éprouve un peu de gêne pour écrire, ce qu'il avait fait jusque-là sans difficulté.

Aujourd'hui, l'impotence s'est aggravée au point, que le malade est réduit à se servir d'une machine à écrire.

Ce n'est que deux ans après l'apparition de la crampe, que quelques convulsions se font sentir dans le sterno-mastoïdien. Les mouvements, d'abord légers et intermittents, sont devenus permanents.

C'est un spasme tonico-clonique très énergique, qui ne cesse que pendant le sommeil, persiste dans toutes les positions et résiste à tous les moyens mis en œuvre pour l'arrêter.

L'attention, les préoccupations l'exagèrent; la chaleur, la trépidation du train le calment. Au début, ce torticolis ne se montrait que par des crises séparées par rémissions de 5 à

8 jours. Il était à peu près nul au repos et ne se montrait qu'à l'occasion des mouvements volontaires, surtout ceux qui exigeaient une certaine attention.

OBSERVATION IX

(De BABINSKI, in *Revue Neurologique*).

Le nommé D..., âgé de 34 ans, n'a dans son passé pathologique rien qui mérite d'être relaté. De l'âge de 18 ans à celui de 30 ans, il a exercé la profession originale, pour notre époque, de coureur, qui consiste à franchir, sur pari, de longues distances dans un temps déterminé; c'est ainsi qu'il se serait rendu en vingt heures de Paris à Rouen, villes distantes l'une de l'autre de 160 kilomètres. Pour accomplir plus aisément son travail, il aurait pris de l'arsenic, à des doses qu'il n'a pu déterminer. De plus il a usé largement des boissons alcooliques jusqu'en 1896, mais, à partir de cette époque, qui est celle du début de sa maladie, il en a fait un très grand abus, ayant remarqué que l'ingestion de l'alcool calmait transitoirement les troubles dont il est atteint.

Il y a quatre ans, en 1896, un matin à son réveil, D..., sentit des picotements dans le bras gauche; quelque temps après, le malade s'aperçut d'une diminution de la force du membre supérieur gauche; puis apparurent des mouvements spasmodiques involontaires dans les muscles du membre supérieur gauche et du cou, qui allèrent en s'accroissant pendant plusieurs mois. Plus tard, il éprouva des sensations analogues, mais bien moins intenses, au membre inférieur gauche. Depuis trois ans l'état serait à peu près stationnaire.

Etat actuel. — Lorsque le malade est debout son attitude se modifie d'un instant à l'autre sous l'influence des mouvements spasmodiques. Il présente, toutefois, une déformation

thoracique, plus ou moins prononcée suivant le moment où on l'examine, mais ne disparaissant jamais complètement ; la colonne vertébrale décrit une courbe en forme d'un S vu en miroir. L'omoplate gauche est abaissée ; son angle inférieur se détache de la paroi thoracique en miroir. L'omoplate gauche est abaissée ; son angle inférieur se détache de la paroi thoracique gauche et vient faire saillie sous la peau. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Le malade a pris l'habitude de porter la main gauche derrière le dos, car, dans cette position, les troubles dont il est atteint sont moins intenses. Quand son membre supérieur gauche est placé en avant, il le maintient avec sa main droite.

Le phénomène le plus saillant consiste en des mouvements spasmodiques qui sont surtout très prononcés quand le membre supérieur gauche est en avant du thorax et que le malade cherche à porter la main gauche en avant. On voit alors apparaître des secousses dans la plupart des muscles de l'avant-bras, du bras, de l'épaule et du cou du côté gauche, mais c'est dans le triceps, le grand pectoral et le trapèze qu'ils sont le plus marqués. L'avant-bras en pronation se fléchit violemment sur le bras et vient frapper par saccades la paroi thoracique gauche. Les doigts se fléchissent sur le métacarpe, mais la flexion est plus prononcée sur le médius et l'annulaire que sur l'index et le petit doigt. L'épaule gauche se soulève ; la tête se porte en arrière, s'incline légèrement à droite et exécute un mouvement de rotation de gauche à droite ; on observe alors à la nuque du côté gauche des plis de la peau qui sont la conséquence de la contraction du trapèze gauche et en avant la saillie du sterno-mastoïdien gauche. On a noté aussi parfois quelques légères contractions des muscles de la face du côté gauche. De plus, quand les mouvements sont très violents, on voit aussi apparaître des contractions spasmodiques dans le triceps fémoral gauche.

Ces mouvements spasmodiques se reproduisent plusieurs fois par minute et, sans être douloureux, donnent lieu à une sensation de fatigue qui pousse le malade à reprendre le plus

tôt possible l'attitude dans laquelle le spasme s'atténue.

A l'état de veille, les mouvements spasmodiques ne disparaissent jamais complètement, même quand le malade est couché. Ils ne cèdent que pendant le sommeil.

Il y a une diminution de la force musculaire du côté gauche.

Pas de troubles de la contractilité électrique.

Pas de troubles de la sensibilité, sauf les picotements déjà mentionnés.

Les réflexes tendineux sont à peu près de même intensité des deux côtés ; ils sont forts, sans être manifestement exagérés. Tandis que le pied droit présente une attitude normale, et que de ce côté, le réflexe cutané plantaire est également normal, à gauche, on constate que l'orteil est en extension sur le métatarse, et le chatouillement de la plante du pied accentue encore l'extension ; on observe donc le phénomène des orteils.

Rien d'anormal dans les organes des sens, dans les viscères, dans l'état intellectuel.

Ajoutons, en terminant, que le malade a été soumis à la balnéothérapie, depuis quinze jours qu'il est à l'hôpital, et que les phénomènes spasmodiques se sont notablement atténués.

OBSERVATION X

De. NOGUÈS et SÉROL (*In* Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière (1899).

Homme de 30 ans. Le grand-père et le père du malade étaient bègues, avec cette particularité que, chez l'un et chez l'autre, comme chez le malade, le bégaiement a commencé à se manifester vers l'âge de huit ans, a atteint progressivement, à vingt ans, une grande intensité, et diminué ensuite avec l'âge ; le père du malade ne bégaié plus en ce moment. A part cette infirmité, le sujet jouissait d'une santé excellente lorsqu'en septembre 1898, sans raison connue, il sentit à

deux reprises sa tête brusquement et irrésistiblement entraînée du côté droit. A partir de novembre des contractions spasmodiques semblables, ne durant qu'un instant, mais déviant cette fois la tête du côté gauche, se reproduisirent. Les crises devinrent de plus en plus fréquentes : actuellement elles persistent toute la journée. On voit la tête du malade exécuter des mouvements bizarres (flexion en avant, en arrière à gauche avec prédominance des mouvements de flexion en avant et de rotation à gauche). Alternativement la tête tourne dans un sens et se relève, dépassant plus ou moins la position normale, pour s'incliner de nouveau. Par un effort de la volonté le malade peut résister à une contraction.

Dans cette lutte inégale où les contractions du sterno-mastoïdien et du trapèze droits paraissent plus fortes que celles des antagonistes, on voit bientôt, comme après quelques hésitations, la tête irrésistiblement entraînée dans la flexion en avant avec rotation forcée à gauche. L'épaule indique bien la participation du trapèze à la manifestation spasmodique. Le malade reste ainsi plusieurs secondes, puis il relève sa tête et de nouveau les contractions se reproduisent avec une violence et une rapidité variables.

Cependant, le malade peut, par certains procédés, arrêter momentanément ces spasmes. Lorsqu'il fait un effort musculaire, le spasme s'arrête pour reprendre avec le repos. Le fait de fixer attentivement son doigt, fait disparaître le spasme qui reparait si le malade est distrait ou parle. Il peut arrêter le spasme par la simple application, sans effort, d'un doigt sur la joue, le nez ou le menton du côté de la déviation. Un autre doigt que le sien produit le même résultat. Enfin, dernièrement, le malade a inventé un petit appareil permettant d'arrêter les contractions spasmodiques : c'est une monture de pince-nez dépourvue de ses verres, à laquelle est ajustée un bout de fil de fer ; il n'est pas nécessaire que le malade fixe l'extrémité de la tige, il suffit que cet appareil soit sur son nez pour que le malade puisse mouvoir sa tête avec la plus grande liberté sans que les spasmes paraissent.

OBSERVATION XI

(Résumée).

(In POPOFF. — *Moniteur Russe de Neurologie*).

Un malade âgé de 23 ans. La maladie dure pendant quatre ans et survint après une frayeur. Musculature très développée. Le malade soutient constamment avec ses mains croisées, la tête par derrière ; sans cela, sa tête tombe très fort en arrière, le dos se courbe en avant et les muscles longs spinaux et cervicaux deviennent durs ; on observe, dans ces muscles, des tiraillements fibrillaires incessants. La tête soutenue oscille tantôt à gauche, tantôt à droite. Il y a des contractions faibles, involontaires des muscles de la face. Lorsque le malade est couché, la tension des muscles s'affaiblit ; pendant le sommeil, elle disparaît ; dans l'agitation, elle s'accroît. Le malade lui-même retient facilement sa tête, ce qui est presque impossible à une autre personne.

OBSERVATION XII

(Résumée).

(In POPOFF. — *Moniteur Russe de Neurologie*).

Un paysan âgé. La tête est constamment tournée à droite et un peu en arrière ; des oscillations incessantes dans la même direction. La contraction devient plus forte pendant l'émotion et disparaît pendant le sommeil. La maladie a débuté depuis dix mois après un léger vertige.

OBSERVATION XIII

(Résumé. — Du même auteur.)

Le malade, d'un âge moyen, pâle et maigre ; la tête est tournée à gauche et en bas, et fait des oscillations incessantes dans la même direction ; après deux ou trois minutes, la tête

avec les mêmes mouvements se tourne brusquement à droite et en bas, puis de nouveau à gauche, etc. La durée de la maladie est de quatorze mois; elle a débuté après une frayeur.

OBSERVATION XIV

(Résumée. — Du même auteur, cas plus complexe.)

La malade a 18 ans. La tête est très visiblement tendue en avant et un peu tournée à gauche. Le pli naso-labial droit est plus accentué que du côté gauche; la bouche un peu déviée à droite. L'épaule droite est soulevée, le bras droit est un peu rapproché du corps; la main et l'avant-bras droits passent dans un état de supination involontaire, si la malade met ses mains sur ses genoux. La malade peut pour un certain temps corriger l'attitude de l'épaule droite, ce qui dépend de son état psychique. Pendant le sommeil, la contracture disparaît. Les prolongements épineux des vertèbres cervicales inférieures ressortent en arrière plus que d'ordinaire. La malade provient d'une famille névropathique. La maladie a commencé progressivement dès l'âge de 12 ans. Les phénomènes spastiques, dans le cas donné, ont envahi du côté droit les muscles cervicaux (le sterno-cléido-mastoïdien, le droit antérieur de la tête, le long du cou), et aussi les muscles du bras et de l'omoplate et les pectoraux; enfin, la déviation de la face démontre la propagation du processus morbide sur la moitié droite de la face.

OBSERVATION XV

De SEGAS (in *Revue de Neurologie*, 1901).

Mme X., âgée aujourd'hui de 50 ans.

Nous n'avons pu recueillir sur ses antécédents de famille que des renseignements très incomplets. Nous savons seulement qu'un de ses enfants, âgé d'une quinzaine d'années, est

très nerveux, peu intelligent, d'un caractère instable et difficile.

Il y a douze ans, cette dame fut atteinte d'une affection abdominale qui nécessita une intervention chirurgicale et d'ablation de l'utérus et de ses annexes.

Depuis trois ans environ, elle a commencé à souffrir de troubles nerveux à caractère neurasthénique. D'abord vagues, ils se sont précisés quelques mois après, au moment de la maladie et de la mort de son mari. Le symptôme le plus net, et qui semble avoir été le seul au début, était une douleur de la nuque, intense et continuelle.

Plus tard sont survenus des craquements subjectifs dans la nuque, très caractéristiques, se produisant au moindre mouvement et que la malade compare à la sensation de neige froissée entre les doigts, puis de la faiblesse des jambes surtout le matin, de l'insomnie, quelques troubles dyspeptiques, d'ailleurs peu accentués.

En même temps, s'est développé progressivement un tic spécial réalisant les caractères du torticolis mental.

Le début de ce tic remonte à plus de deux ans, consécutivement aux douleurs de la nuque. Dès ce moment, et maintenant encore, ces douleurs semblent avoir été pour la malade une véritable obsession topoalgique. Elle avait cru remarquer que l'inclinaison de la tête sur l'épaule les atténuait. Cette attitude de défense, à laquelle elle recourait volontairement tout d'abord pour se procurer un soulagement, finit peu à peu par devenir un besoin irrésistible et par passer à l'état d'habitude inconsciente. La malade déclare, en effet, très nettement, que, souvent, sa famille lui faisait remarquer que sa tête était toute tournée, sans qu'elle même s'en soit aperçu.

A cette époque, elle pouvait corriger sans grande difficulté cette attitude, « son cou n'étant pas raide comme maintenant ». Ces « raideurs et les secousses » n'ont apparu qu'un peu plus tard, à la suite de la mort de son mari.

Le torticolis était désormais complètement constitué.

Il intéresse principalement les muscles sterno-mastoïdien et trapèze droits dont le relief est très nettement appréciable au toucher et même à la vue. Sa tête est tournée vers la gauche et inclinée en même temps sur l'épaule droite qui est elle-même légèrement élevée.

Cette attitude vicieuse persiste dans toutes les positions, couchée, assise ou debout, mais avec des variations. Ainsi elle s'exagère surtout dans la station debout, plus encore si la malade est coiffée; elle atteint son maximum dans la rue et pendant la marche. Le torticolis arrive parfois à un tel degré que la malade ne peut plus voir devant elle et se trouve forcée de s'arrêter. Les émotions, la fatigue, l'insomnie, l'exaspération des douleurs de la nuque sont autant d'occasions de recrudescence, plus ou moins durable, en intensité ou en répétition, des phénomènes spasmodiques.

En revanche, l'attitude vicieuse de la tête, même dans la station debout et dans les plus mauvais jours, peut être modifiée très rapidement et disparaître pour un temps plus ou moins long, dans certaines conditions.

Par exemple, la simple apposition de la main gauche de la malade sur la joue correspondante, suffit pour redresser la tête et la maintenir droite aussi longtemps que dure le contact.

Dans la rue, notamment, Mme X... est à tout instant obligée de recourir à ce subterfuge pour pouvoir continuer sa marche.

Sitôt que le contact cesse, la tête tend à reprendre sa position en torticolis. Cela ne se fait pas d'un coup, mais par une série de petites secousses brusques très apparentes.

La même manœuvre exécutée par une personne étrangère, avec un effort beaucoup plus considérable, ne produit pas le même effet. Bien au contraire, le redressement de la tête est alors insignifiant et, tout de suite, apparaissent les secousses cloniques d'autant plus prononcées que l'on insiste avec plus de force.

La correction du torticolis peut encore s'obtenir d'une

façon toute spontanée, mais en dehors de la volonté de la patiente.

Si Mme X... se trouve distraite de ses préoccupations morbides, si son attention vient à être fixée sur des sujets différents (par exemple, lorsqu'elle prend part à une conversation qui l'intéresse), la tête reprend immédiatement son attitude normale et s'y maintient de la façon la plus naturelle aussi longtemps que dure l'état de distraction.

En revanche, si son attention se trouve fixée sur ses douleurs, sur son torticolis, soit qu'elle en parle elle-même ou qu'on lui en parle, soit qu'elle vienne à apercevoir fortuitement son image réflétiée par une glace, alors les secousses cloniques apparaissent et l'attitude vicieuse s'impose d'une façon irrésistible. La malade a d'ailleurs renoncé depuis longtemps à tout effort de résistance qui reste des plus pénibles et ne fait qu'exagérer les secousses.

Son attitude de la tête est devenue une habitude, un véritable besoin qu'elle ne peut contrarier sans souffrance et dont, en revanche, la satisfaction est toujours suivie d'un sentiment de détente et de bien-être.

Etudiée au point de vue de son état mental, Mme X..., se manifeste comme une personne extrêmement impressionnable, d'une intelligence ordinaire, d'une crédulité quelque peu enfantine. Mais si elle accepte volontiers une idée, elle l'abandonne de même. La note la plus saillante de son état mental est, en effet, l'instabilité liée à une faiblesse extrême de la volonté. Nous noterons encore chez elle des préoccupations hypocondriaques très particulières. C'est ainsi que la douleur et les craquements de la nuque sont pour elle, comme nous l'avons dit plus haut, une véritable obsession topoalgique. Elle analyse les moindres sensations qu'elle éprouve à cet endroit; elle tâte continuellement son cou de tous les côtés pour arriver à y constater tous les jours de nouvelles déformations purement imaginaires; elle l'enveloppe dans un véritable manchon de flanelle, de laine, de fourrures et se montre disposée à recourir à toutes sortes

d'essais thérapeutiques, frictions, massages, bains de vapeur, douches chaudes, dont elle analyse minutieusement les effets bizarres et qu'elle abandonne presque de suite.

Si peu encourageantes que fussent ces constatations pour le pronostic et la réussite du traitement, nous essayâmes de soumettre la malade aux exercices gradués d'immobilité et de mouvement suivant la méthode préconisée par M. Brisaud et développée, dans différents articles, par MM. Feindel et Meige.

Les premiers résultats furent véritablement surprenants. Dès le troisième jour, Mme X... pouvait corriger, au commandement ou spontanément, son attitude et maintenir sa tête immobile pendant quelques minutes. Il était cependant nécessaire de bien préciser l'étendue de la correction à effectuer, car la malade semblait ne pas avoir une notion parfaitement exacte de la position de sa tête. Elle pouvait ainsi, la tête droite, lire une lettre, se regarder dans une glace.

Au bout de trois semaines, la progression était encore plus accentuée, le tic ne se manifestait plus que pendant la marche et dans la rue.

Mais, à ce moment, la malade commença à trouver que le traitement menaçait de se prolonger, elle se reprit à s'occuper de ses douleurs, de ses craquements à la nuque. Un séjour au lit ne l'ayant pas assez rapidement améliorée à cet égard, elle recommença à essayer, malgré nos conseils, toutes sortes de traitements. Comme on pouvait s'y attendre, elle perdit le bénéfice de ses premiers efforts et vit reparaître son torticolis aussi accentué qu'auparavant.

CHAPITRE V

Pathogénie et Mécanisme du torticolis mental.

Nous venons de voir dans notre description du torticolis mental que nous nous trouvons en présence de deux éléments constitutifs : d'une part un état mental particulier, de l'autre une manifestation motrice.

Diverses théories ont cherché à expliquer le mécanisme de ce phénomène.

Pour les anciens auteurs, les uns, tels que Poore, prétendirent qu'il y avait une lésion d'origine centrale. Les travaux de Romberg, d'Erb, de Rosenthal, de Gowertz, de Gautiez, n'apportèrent pas de grands éclaircissements.

Il nous faut arriver jusqu'à 1894 pour avoir du torticolis mental une théorie plausible. Pour Brisaud le torticolis mental est un tic, un acte automatique coordonné d'origine corticale. Les muscles qui déterminent la déviation de la tête sont absolument sains, les fibres nerveuses qui les inner-

vent ne présentent aucune altération. L'état morbide est non dans les muscles, mais dans l'esprit.

Pour expliquer la genèse du tic, il faut admettre qu'il est, à son origine, le résultat d'une intervention de l'écorce cérébrale. Sa première manifestation est un geste voulu, adapté à un but défini, nécessité par une cause précise ; bientôt ce geste passe à l'état d'habitude, il devient automatique. Il se reproduit alors même que la cause qui l'avait provoqué n'existe plus. La transformation du geste primitivement volontaire et logique en un mouvement automatique et illogique, s'opère d'une façon insensible, et ce changement n'est que la conséquence d'un état psychique particulier (Meige). Nous venons de voir comment s'installe le torticollis mental. Nous expliquerons maintenant comment ce tic subsiste. Il y a là une sorte d'inhibition topographique de la volonté ; celle-ci semble être paralysée localement, comme le fait bien remarquer Bompaire et le mal se borne au défaut de la volonté inhibitrice incapable de refréner un caprice cortical. C'est le fait d'une représentation motrice d'origine corticale, à laquelle le malade ne peut résister parce qu'il est aboulitique. C'est une névrose, véritable folie où deux choses s'entremêlent : d'une part, une impulsion motrice inconsciente et impérieuse ; de l'autre, une volonté consciente, mais mal renseignée, déraisonnable et impuissante à arrêter le phénomène convulsif par le moyen simple et normal, obligée pour triompher de recourir à un détour puéril, à une supercherie maladive.

Brissaud ajoute qu'il y a là véritablement un dédoublement de la personne psychique : la volonté qui commande aux muscles des mains qui accomplissent le geste antagoniste efficace ne commande plus aux muscles du cou. Pour expliquer d'une façon plausible cette inhibition qui atteindrait exclusivement certains centres psychomoteurs, laissant aux autres toute leur intégrité, Charcot a fait intervenir l'influence de l'idée fixe et des obsessions. Ce serait par auto-suggestion que le malade se déclarerait impuissant à exécuter ou à arrêter un mouvement donné, réalisant ainsi, suivant les cas, un tic ou une paralysie. C'est l'auto-hypnotisation du sujet (Charcot) dont l'état nerveux expliquerait la réalisation possible.

Pauly, au Congrès de Médecine de Lyon, en 1894, a émis l'hypothèse que l'hypertrophie du corps thyroïde serait capable de déterminer des spasmes du cou.

Féré admet, lui, que le spasme serait lié à une atrophie de muscles du côté opposé.

Granet, en 1897, en décrivant le tic du colporteur propose de substituer à la qualification de torticollis mental, adoptée par M. Brissaud, celle de tic polygonal. Il ne croit pas que tout acte automatique coordonné soit nécessairement cortical, comme le prétend Brissaud. Pour lui les actes coordonnés et automatiques n'ont rien à faire avec l'écorce; c'est ce qu'il appelle le polygone sous-cortical qui est en jeu. Le tic de son malade est sous-cortical et psychique, mais non pas cortical et mental. Avec Feindel nous ne voyons pas

très bien en quoi diffèrent ces deux termes de ψυχική et πνευ-
matική et nous ne voyons non plus aucun inconvénient pour
notre part à ce que le torticolis mental de M. Bris-
saud devienne le torticolis psychique avec M. Grasset.

Babinski, en 1900, présenta à la Société de Neuro-
logie un malade atteint de torticolis mental et offrant
le phénomène des orteils. Il en conclut que le torti-
colis mental est sous la dépendance d'une lésion irri-
tative du système pyramidal, s'appuyant sur ce fait
que les autopsies ont toujours montré : coexistence
du phénomène des orteils avec une lésion pyrami-
dale.

Destarac a montré en 1901, à la Société de Neuro-
logie, une malade présentant les deux phénomènes
ci-dessus indiqués, et le 4 juillet 1901, M. Babinski
présente, un nouveau malade atteint de torticolis
mental. On remarque chez ce malade que le
réflexe du triceps brachial est plus fort et plus brusque
à gauche, du côté où s'est installé le torticolis ; il en
conclut de nouveau à une irritation du faisceau pyra-
midal. Réfutant l'opinion de M. Ballet qui avait sou-
tenu en 1900, à propos d'un trouble du faisceau pyra-
midal intervenant à un titre quelconque dans la
pathogénie des symptômes, que ce trouble ne lui
semblait que pouvoir être consécutif à un phénomène
mental, Babinski ne croit pas que ce trouble soit
d'origine mentale, qu'il dépende de la volonté ; il
allègue que, chez son malade, il n'y a pas de per-
turbation psychique. Enfin, dit-il, un simple trouble
peut-il amener une irritation du système pyramidal ?
Il croit donc que les phénomènes spasmodiques ne

sont pas d'origine mentale, qu'ils sont consécutifs à une lésion du système pyramidal, et il pense que cette pathogénie doit s'appliquer sinon à tous, du moins à certains cas des spasmes du cou, de torticolis dit mental.

Meige, réfutant l'opinion de Babinski, montre la nature mentale de l'affection, prouvée par le geste antagoniste efficace. Il s'appuie sur ce fait, que le malade de Babinski ne peut maintenir qu'un instant seulement sa tête dans la position anormale, pour montrer que sa volonté est débile et a une action frénatrice toute transitoire. Cette perturbation mentale suffit à expliquer le torticolis mental. Du reste, Meige admet qu'une lésion du système pyramidal peut entraîner des phénomènes spasmodiques, des spasmes proprement dits. Il en conclut que la recherche des réflexes est importante et, dans le cas particulier, il rapproche le spasme du cou décrit par Babinski du tic du colporteur décrit par Grasset.

On peut voir, par les diverses théories pathogéniques exposées plus haut, combien est complexe cette question du torticolis mental.

Y a-t-il là une simple maladie de la volonté ou une altération de la cellule nerveuse? C'est ce que des recherches anatomo-pathologiques permettront peut-être de découvrir, mais, jusqu'ici, elles n'ont pu jeter encore un peu de lucidité sur ce sujet.

CHAPITRE VI

Diagnostic et Pronostic

DIAGNOSTIC

Nous savons que le torticolis mental est une affection liée à un état psychique spécial du sujet, à un affaiblissement de la volonté qui ne lui permet pas d'arrêter un mouvement convulsif.

La nature mentale de cette affection nous permettra donc de la différencier aisément des autres maladies qui, assez semblables comme attitude, peuvent être liées à des lésions organiques de la tête et du cou. Nous diagnostiquerons donc le torticolis mental des lésions des vertèbres cervicales, des irritations nerveuses ou musculaires, des abcès de cette région, etc.

Dans le torticolis mental, la lésion n'est pas permanente; elle peut facilement se corriger, c'est ce

qui la différencie des lésions organiques plus stables, d'un caractère plus définitif.

Il est plus difficile de différencier le torticolis mental de diverses névroses avec lesquelles il a plus de rapport. Certains cas de chorée de Sydenham limités à la tête et au cou peuvent donner des contractures et une attitude qui rappellent le torticolis mental, mais l'incoordination, la gesticulation bizarre de cette forme de chorée rendent le diagnostic assez facile. L'association avec la chorée, surtout si celle-ci est entachée d'hystérie, peut cependant se rencontrer comme dans notre observation III où les tics les plus divers et les mouvement choréiformes ont alterné et se sont remplacés les uns les autres.

La chorée rythmée peut être plus difficile à différencier car elle présente des mouvements coordonnés et réguliers, mais elle survient par accès à forme paroxystique qui laissent au malade des intervalles de tranquillité.

Nous devons également différencier le torticolis mental de différents spasmes professionnels que donne au sujet un acte longtemps répété. C'est là un acte fonctionnel et volontaire, résultat de l'habitude, que le sujet arrive, la plupart du temps, à corriger facilement.

On peut voir, dans certains cas, le torticolis mental apparaître chez des sujets possédant d'autres tares névropathiques. Nous savons qu'il se développe et apparaît de préférence chez les dégénérés.

Nous pourrions aussi le voir coïncider avec des stigmates comitiaux, neurasthéniques et hystériques,

mais cela n'est point constant et il constitue bien, en dehors de ces affections, un syndrome clinique particulier, une entité morbide bien définie.

PRONOSTIC

Le torticolis mental est une affection assez bénigne au point de vue général, affection qui ne compromet pas, d'une façon immédiate, la vie du malade. En revanche, elle peut devenir pour lui une véritable infirmité, lorsque l'attitude vicieuse est un peu prononcée. Elle peut être, pour celui qui en est atteint, une cause de gêne, lui empêcher de vaquer à ses occupations, lui briser sa position : notre observation V est bien démonstrative à cet égard.

L'état mental spécial de ces malades rend leur position extrêmement pénible. Facilement irritables, peu résignés, dominés par l'idée fixe de leur affection, rebutés parfois par l'échec du traitement peu régulièrement suivi, ils peuvent faire de la mélancolie.

Le pronostic du torticolis mental doit être très réservé ; cette affection est susceptible de guérison et nous allons indiquer les différentes méthodes de traitement qui peuvent donner des résultats quelquefois définitifs.

Le torticolis mental guérit d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune et l'affection plus récente ; l'amélioration dépend aussi de la cause étiologique de l'affection. La suppression de certaines causes

organiques, de certaines déféctuosités qui ont eu une action plus ou moins prépondérante dans la genèse du tic (altérations cutanées du visage, lésions oculaires, surdité), peut entraîner la disparition du torticolis.

Cependant, il faut bien savoir que c'est là une affection très sujette aux récides, ce qui vient assombrir le pronostic. D'autre part, les tics les plus divers ont une tendance à se remplacer, à se succéder : c'est une éventualité que l'on peut voir se réaliser pour le torticolis mental, nous l'avons signalée au cours de nos observations.

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous avons vu, à propos de la description du torticolis mental que nous nous trouvons en présence de deux phénomènes bien différents : la manifestation motrice et l'état mental. Le traitement devra donc être dirigé à la fois contre l'un et l'autre de ces éléments constitutifs.

Le torticolis mental n'est pas une affection incurable, bien que les nombreuses méthodes de traitement qui ont été préconisées puissent faire douter de leur efficacité.

Les premiers auteurs qui se sont occupés du torticolis mental, ont dirigé leurs efforts contre l'élément nerveux.

Tous les médicaments qui sont employés généralement contre les affections nerveuses ou mentales, ont été employés pour la guérison des tics sans qu'aucun ait donné de résultats appréciables ; les sédatifs, les hypnotiques, le bromure de potassium,

le chloral, les opiacés peuvent donner un résultat momentané, mais bien vite le mouvement convulsif réapparaît, car ces médicaments ne peuvent avoir une action sur l'état mental que nous avons vu être le *primum movens* de l'affection.

L'hydrothérapie, le massage ont été préconisés ; ils peuvent donner de bons résultats en relevant l'état général du sujet, de même qu'on se trouvera bien des médicaments qui peuvent tonifier le système nerveux. En revanche, les stimulants : kola, coca, caféine, etc., sont nettement contre-indiqués.

On a recommandé aussi le repos au lit et l'isolement. Ces mesures sévères, nous semble-t-il, doivent être réservées pour les cas graves, là où le mouvement convulsif est très accentué.

Cette thérapeutique médicamenteuse, si elle n'a pas produit de résultats bien probants, n'a pas au moins les inconvénients des méthodes chirurgicales.

Un certain nombre d'auteurs crurent supprimer le torticolis mental en s'adressant seulement à la manifestation motrice par les méthodes sanglantes. Smith Richardson, Walton, Lejars, Isidor ont préconisé la section du spinal. Les résultats ne furent pas merveilleux : le tic subsista dans presque tous les cas. On y joignit bientôt la section des premières paires rachidiennes ; le résultat ne fut pas meilleur.

Le professeur Kocher alla plus loin. Espérant réduire le spasme en réduisant l'effet moteur du raccourcissement des muscles, non content de réséquer le spinal et les premières paires rachidiennes, il sectionna les muscles de la nuque et du cou, le

sterno-cléido-mastoïdien, la portion occipitale du trapèze, le splénus, les grand et petit complexus, l'oblique inférieur. M. de Quervain, analysant les résultats obtenus par la méthode de Kocher, publie une statistique portant sur douze opérés; d'après lui, sept malades ont été guéris de leur tic, mais chacun d'eux a dû supporter plusieurs interventions, et de plus pendant des mois, des années même, il a été nécessaire de leur faire subir des séances de gymnastique des mouvements de la tête.

M. Nové-Josserand et M. Prothon ont cité le cas d'un malade atteint de torticolis spasmodique vainement traité par les moyens médicamenteux et la suggestion, chez lequel ils réséquèrent le spinal, les muscles du cou et de la nuque à gauche, mais le torticolis persista.

En présence des résultats peu satisfaisants que l'on obtient grâce aux interventions chirurgicales, on est forcé de reconnaître qu'il est bien préférable de s'en tenir au traitement psychothérapique, qui seul peut permettre l'amélioration de la contraction spasmodique et agir efficacement sur l'état mental.

Brissaud l'avait déjà admirablement formulé en 1894, le basant sur la rééducation des mouvements. Sa méthode est à la fois psychothérapique et basée sur la gymnastique des mouvements.

Les exercices qu'il préconise sont de deux sortes : les uns sont destinés à apprendre aux tiqueurs à conserver l'immobilité, les autres tendent à remplacer le tic par un mouvement régulier et normal, dans les premiers (Meige), l'immobilité est à la fois

le but poursuivi et le moyen employé pour l'atteindre : c'est l'immobilisation des mouvements ; dans les seconds, l'immobilité est toujours le but recherché, mais c'est à l'aide des mouvements appropriés qu'on s'efforce d'y parvenir : ce sont les mouvements d'immobilisation.

Cette immobilisation qui, suivant Meige, a pour effet visible de supprimer le geste intempestif, ne pouvant s'obtenir sans le concours d'un acte cérébral du tiqueur, agit en même temps sur son attention et sur sa volonté. Le malade ne peut s'astreindre à rester en repos qu'en faisant un effort volontaire ; la répétition méthodique de ces efforts constitue une véritable discipline mentale. On voit donc qu'il s'agit d'une éducation spéciale de la volonté, de la volonté de rester immobile (H. Meige). C'est ainsi qu'en s'efforçant de fortifier la volonté débile du sujet et en l'habituant à reprendre son énergie primitive, on arrive à modifier ce caprice cortical. Ce traitement est donc psycho-thérapique : il faut prévenir le malade que sa collaboration est indispensable. Et ce n'est pas toujours facile de l'obtenir, la volonté étant parfois très débile. Chez certains malades où le torticollis mental est associé aux psychoses comme dans les observations de Martin, on voit la difficulté de capter l'attention du malade et de faire l'éducation de sa volonté. Cette instabilité de la volonté fait la difficulté du traitement.

Dans d'autres cas, on a affaire à des malades qui ne veulent pas guérir. Ils se délectent de leur tic qui est devenu un besoin irrésistible et ne répondent

point aux efforts que vous faites pour les en guérir.

Il nous faut maintenant entrer dans les détails de la méthode de Brissaud qui a été bien étudiée ensuite par Fendel et Meige dans différentes publications. Voici les procédés qu'ils recommandent. Nous envisagerons successivement les exercices d'immobilité, les exercices de mouvement, la durée des séances, les adjuvants à employer.

Exercices d'immobilité. — Ils seront gradués, de durée progressive. On fera prendre au malade un appui au début ; un campimètre par exemple, pour appuyer la tête ; on lui fera fixer un objet, puis on supprimera l'appui, on fera conserver l'immobilité dans les positions diverses, debout, assis, dans la marche. Il ne faut pas fatiguer le malade mais le faire reposer dès qu'il en éprouvera le besoin.

Exercices de mouvements. — Ils seront de même peu compliqués au début, on les modifiera en faisant tourner la tête dans des directions variées, et en variant aussi les attitudes du corps. Ces mouvements doivent être faits lentement, doucement, sans secousses.

Durée des séances. — Elle sera variable et augmentée progressivement. Au début, on ne dépassera pas deux à quatre minutes ; avec l'amélioration on augmentera, mais sans dépasser dix minutes. Il sera utile de faire plusieurs séances par jour, en

ayant soin d'interrompre dès que le malade manifestera une fatigue quelconque.

On peut faire suivre ces séances de gymnastique d'une électrisation avec courants faibles de quelques minutes ou d'un peu de massage léger.

Il ne faudra pas abandonner son malade avant une amélioration notable, en lui recommandant de continuer ses exercices, le torticolis mental étant sujet à récurrence.

Cette méthode a donné dans nombre de cas, des résultats favorables. Cependant nous avons obtenu, pour nos malades, d'aussi bons résultats à l'aide de la suggestion à l'état de veille. Van Renthergen l'avait expérimentée déjà et Raymond et Janet l'ont également préconisée.

Chez nos malades chez lesquels la volonté était débile la suggestion à l'état de veille nous a donné de bons résultats. L'électricité a constitué un adjuvant précieux.

Quoiqu'il en soit nous espérons avoir montré que le torticolis mental ne doit pas être considéré *a priori* comme une affection incurable et que, de même que le tic dont il n'est qu'une modalité, il doit être soigné, qu'il est susceptible d'être amélioré et qu'on peut arriver à obtenir une guérison définitive.

CONCLUSIONS

Parfois syndrome commun à diverses névroses (hystérie, neurasthénie), ou accompagnant les psychoses, le torticolis mental est le plus souvent une affection à caractères nettement définis qui mérite une place spéciale parmi les tics.

Le torticolis mental survient chez les dégénérés sous l'influence de causes occasionnelles variables. L'imitation, les émotions, le surmenage d'une part, une mauvaise habitude contractée par une attitude vicieuse, un agent physique variable avec chaque sujet de l'autre, jouent un grand rôle dans la genèse du torticolis mental.

C'est un tic spasmodique des muscles rotateurs de la tête et du cou, combinaison d'attitudes toniques et de secousses cloniques qu'accompagne un état mental particulier.

L'état mental du tiqueur est caractérisé surtout par l'affaiblissement de la volonté, un manque d'équilibre et de pondération, véritable infantilisme psychique (Meige).

Le torticolis mental peut coexister avec d'autres troubles spasmodiques (crampe des écrivains, tic du sac au dos), les précéder ou leur succéder.

Le torticolis mental est une maladie purement psychique, ne répondant à aucune lésion organique.

Le pronostic doit être réservé ; il est variable avec l'âge du tiqueur, la cause étiologique du tic. Il est aggravé par ce fait que le torticolis est sujet à récédive et aussi par cette tendance qu'ont les tics les plus divers à se remplacer et à se succéder.

Le traitement doit être dirigé à la fois contre la manifestation motrice et contre les anomalies psychiques. Il sera essentiellement psycho-thérapique, basé sur la méthode de rééducation des mouvements préconisée par M. Brissaud. La suggestion et l'électricité lui constitueront des adjuvants précieux.

VU :

Le président de la Thèse,

J. COURMONT

VU :

Le Doyen,

LORTET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} juillet 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Allard.** — Tic chez les aliénés (Th. de Lyon, 1886).
- Babinski.** — Torticolis spasmodique (*Revue Neurologique*, 1901).
- Babinski.** — Hémispasme. Torticolis spasmodique (*Revue Neurologique*, 1900).
- Billod.** — *Annales médico-psychologiques*.
- Bloc.** — Etat mental des hystériques (*Gaz. des Hôpitaux*, 25 novembre 1893).
- Bompaire.** — Torticolis mental (Th. Paris, 1894).
- Brissaud.** — Leçons sur les maladies nerveuses, recueillies et publiées par Meïge (Salpêtrière, 1893-1894).
- Brissaud.** — Tics et spasmes cloniques de la face (*Journal de Med. et de Chirurgie pratique*, 25 janvier 1894).
- Brissaud et Meige.** — Trois nouveaux cas de torticolis mental (*Revue Neurologique*, 1895).
- Brissaud et Meige.** — Contre le traitement chirurgical du torticolis mental (*Revue Neurologique*, 1897).
- Brissaud et Feindel.** — Sur le traitement du torticolis mental et des tics similaires (*Journal de Neurologie*, 1899).
- Chalbert.** — *Archives de Neurologie*, 1893.
- Charcot.** — Leçons du mardi. Hystérie et tics-diagnostics (*Semaine Médicale*, 1886).
- Couillard-Labonetti.** — Du torticolis. Thèse Paris, 1869.
- Depaul.** — Du torticolis. Thèse d'agrégation, 1844.
- Destarac.** — Torticolis spasmodique et spasmes fonctionnels (*Revue Neurologique*, 1901).

De Quervain. — Le traitement chirurgical du torticollis spasmodique, d'après la méthode de Kocher (*Semaine Médicale*, 1894).

Feindel et Meige. — Sur la curabilité des tics (*Revue Neurologique*, 1901).

Feindel. — Du traitement médical du torticollis mental. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1897).

Feindel et Meige. — Causes et pathogénie des tics de la face et du cou (*Revue Neurologique*, 1901).

Féré. — Pathologie des émotions.

Féré. — Crampes fonctionnelles du cou (*Revue de Médecine*, 1883).

Féré. — Contribution à la pathologie des spasmes fonctionnels.

Forkasky. — Société des médecins neurologistes et aliénistes de Moscou.

Gautier. — Contribution à l'étude des spasmes du cou. Thèse Paris, 1884.

Gilles de la Tourette. — *Archives de Neurologie*, 1885.

Grasset. — Tic du colporteur, spasme polygonal post-professionnel.

Guertin. — Thèse de Paris, 1881.

Guibert. — Crampe fonctionnelle du cou (*Revue de Médecine*, 1882).

Guinon. — Tics convulsifs dans Dictionnaires encyclopédiques des Sciences Médicales, 1886.

Legrain. — Du délire chez les dégénérés. Thèse de Paris, 1886.

Letulle. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique, art. tic.

Lannois. — Du torticollis mental. Leçon inédite (Hôpital St-Pothin). Congrès de Limoges 1901.

Meige. — Tics variables, tics d'attitude. *Revue Neurologique*, 1901.

Meige et Feindel. — Torticollis mental, quatre cas nouveaux, *Revue Neurologique*, 1901.

- Meige et Feindel.** — Torticolis mental surajouté à des mouvements choréiformes. Amélioration générale. *Revue Neurologique*, 1901.
- Meige et Feindel.** — Traitement du torticolis mental par l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation. *Revue Neurologique*, 1901.
- Meige et Feindel.** — Torticolis mental et tics similaires, traitement. *Revue Neurologique*, 1900.
- Meige et Feindel.** — Révision iconographique, cas nouveaux. *Revue Neurologique*, 1900.
- Montaigne.** — Du torticolis mental (Thèse de Lille), 1900.
- Miraille et Chapuis.** — Scoliose et torticolis hystérique.
- Martin Et.** — Torticolis mental chez les aliénés. *Revue Neurologique*, 1901. — Congrès de Limoges, 1901.
- Noguès et Sérol.** — Torticolis mental (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière, 1899).
- Nové-Josserand.** — Un cas de torticolis spasmodique, *Lyon Médical*, 1898.
- Paget.** — L'éducation de la volonté, 1894.
- Popoff.** — Torticolis spasticus. *Moniteur russe de Neurologie*.
- Redard.** — Le torticolis et son traitement, 1897.
- Ribot.** — Des maladies de la volonté.
- Seglas.** — Un cas de torticolis mental. *Revue Neurologique*, 1901.
- Simon.** — D'une nouvelle variété de spasmes musculaires fonctionnels (Thèse de Paris, 1875).
- Tillaux.** — Du torticolis. *Médecine Moderne*, 1893.
- Van Hartenberg.** — Traitement et guérison d'un cas de tic sans angoisse. *Revue de Psychologie*, 1879.
- Van Renthergen.** — Un cas de tic rotatoire. *Journal de Neurologie*, 1898.
- Zuber.** — Article « Spasme », Diction encyclopédique des Sciences médicales.

